



**INSTITUTO SUPERIOR DE GESTÃO PÓS- GRADUAÇÃO EM MESTRADO EM
GESTÃO DO POTENCIAL HUMANO**

JACKELYNE OLIVEIRA COSTA TENÓRIO

**SEGURANÇA DO PACIENTE: UM ESTUDO SOBRE A FORMAÇÃO
ACADÊMICA DOS DISCENTES DE ENFERMAGEM DE UMA INSTITUIÇÃO
DE ENSINO SUPERIOR**

**LISBOA
2020**



**INSTITUTO SUPERIOR DE GESTÃO PÓS GRADUAÇÃO EM MESTRADO EM
GESTÃO DO POTENCIAL HUMANO**

**SEGURANÇA DO PACIENTE: UM ESTUDO SOBRE A FORMAÇÃO
ACADÊMICA DOS DISCENTES DE ENFERMAGEM DE UMA INSTITUIÇÃO
DE ENSINO SUPERIOR**

JACKELYNE OLIVEIRA COSTA TENÓRIO

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Gestão para obtenção do grau de mestre em Gestão em Potencial Humano. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Keila Cristina Pereira do Nascimento Coorientador: Prof.^o Dr.^o Mário Jucá

**LISBOA
2020**

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação aos meus filhos e aos meus discentes.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus e ao espírito Santo que estabeleceu a ordem sobre o caos e me concedeu a honra e o prazer de desvendar os padrões diante de tantos obstáculos para finalizar esta dissertação.

À minha família, em especial a minha mãe Selma por todo o seu carinho e apoio em cuidar de meus filhos em minhas horas de trabalho e estudo; as minhas irmãs Jany e Laura pelo incentivo e me encorajar sempre e por estar à disposição; ao meu esposo Maurício pelo apoio, paciência, incentivo e compreensão nas madrugadas quando a luz permanecia acesa e ainda existia barulho quando todos dormiam, ao meu filho Artur que mesmo com a pouca idade sempre tinha o amadurecimento em sua frase de conforto “mãe vai da tudo certo”, a minha filha Laís que mesmo sem compreender as minhas ausências nas horas das brincadeiras, e o meu não na noite a qual ela planejava “a noite das meninas” me apoiava a cada sorriso; um dia eles irão saber que tudo que faço o maior motivo são eles, mas que me deixa completamente realizada.

Agradeço também a instituição permitindo a pesquisa e aos discentes do curso de enfermagem os quais foram os participantes, sem eles essa pesquisa seria impossível; e é claro aos meus queridos discentes os quais tenho o prazer diário de compreender a infinita importância da docência, por me proporcionar o aprendizado ao ensiná-los e em permitir que compreendam que técnica todos podem aprender, mas perceber a necessidade do outro que você acabou de conhecer, ou presumir um dano desnecessário, isso só um verdadeiro enfermeiro pode fazer.

O processo de elaboração de uma dissertação não é possível sem a colaboração, o afeto, o cuidado das inúmeras pessoas com as quais compartilhamos nosso cotidiano. Assim, me lanço à tarefa de agradecer a algumas pessoas que foram fundamentais para que chegasse esse momento final.

À minha orientadora que foi muito mais que isso, foi uma verdadeira amiga, agradeço pela paciência e pela infinita colaboração e agradeço ao casal de amigos Karina e Josemir por todas as palavras de conforto, incentivo e pelo apoio na hora em que mais necessitava.

“Educação não transforma o mundo. Educação muda pessoas. Pessoas transformam o mundo”

Paulo Freire

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	13
2.REVISÃO DA LITERATURA.....	17
2.1 A Segurança do paciente e o evento adverso.....	17
2.2 Ensino sobre segurança do paciente.....	18
2.3 Gestão de risco e gestão escolar sobre segurança do paciente: algumas considerações iniciais.....	20
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
4. METODOLOGIA.....	24
4.1 Delineamento.....	24
4.2 Participantes e Instrumento.....	25
4.3 Procedimento.....	25
4.4 Tratamento e análise dos dados.....	25
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES DOS DADOS.....	26
5.1 Projeto Pedagógico do Curso (PPC).....	27
5.2 Análise do tema segurança do paciente no PPC.....	31
5.3 Percepção dos discentes sobre segurança do paciente.....	34
6. CONCLUSÃO.....	58
7. REFERÊNCIAS.....	60
8. ANEXOS.....	68

ANEXOS

ANEXO A. Aprovação do comitê de ética e pesquisa.....	68
ANEXO B. Autorização para realização da pesquisa.....	69
ANEXO C. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	70
ANEXO D. Instrumento para coleta de dados.....	75
ANEXO E. Ficha catalográfica do documento bibliográfico do Projeto Pedagógico do Curso (PPC).....	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Caracterização sócio demográfica dos discentes do curso de Enfermagem de uma IES, Maceió, AL.....	34
Tabela 2.	Caracterização dos discentes do Curso de Enfermagem de acordo com o período, formação anterior e ocupação, em uma IES, Maceió, AL.....	36
Tabela 3.	Nível de satisfação do estudante do curso de Enfermagem de uma Instituição Privada de Ensino Superior, Maceió-AL.....	37
Tabela 4.	Definição de conceitos relacionados a Segurança do Paciente pelos discentes de graduação de Enfermagem em uma IES privada, Maceió – AL.....	38
Tabela 5.	Conhecimento do estudante de graduação em Enfermagem de uma IES privada sobre práticas seguras, Maceió – AL.....	40
Tabela 6.	Conhecimento do estudante de graduação em Enfermagem de uma IES privada sobre os riscos do paciente no Centro Cirúrgico, Maceió -AL..	50
Tabela 7.	Conhecimento do estudante de graduação em Enfermagem de uma IES privada sobre o papel multiprofissional para a Segurança do Paciente, Maceió-AL.....	52
Tabela 8.	Opinião dos discentes de Enfermagem de uma IES privada sobre a eficácia do tema Segurança do Paciente na graduação, Maceió –AL....	55
Tabela 9.	Opinião dos discentes de Enfermagem de uma IES privada sobre a importância da aplicabilidade da Segurança do Paciente relacionado ao evento adverso no tempo de permanência hospitalar e incidência por morte, Maceió –AL.....	56

LISTA DE FIGURA

Figura 1. Higienização das mãos.....	43
---	----

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 –	Caracterização sócio demográfica dos discentes do curso de Enfermagem de uma IES, Maceió, AL.....	54
--------------------	---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Competências para a formação de enfermeiros segundo o PPC de graduação de Enfermagem, Cesmac, Maceió- Alagoas- Brasil.....	32
------------------	--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AHRQ	<i>“Agency for Healthcare Research and Quality”</i>
ANVISA	“Agência Nacional de Vigilância Sanitária”
BVS/MS	Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
CAES	<i>Canadian Adverse Event Study</i>
CC	Centro cirúrgico
CEP	“Comitê de Ética e Pesquisa”
CESMAC	“Centro de Estudos Superior de Maceió”
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	“Conselho Federal de Enfermagem”
CONEP	Comitê Nacional de Ética em Pesquisa
COREN-AL	Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Alagoas
EA	Evento Adverso
EAs	Eventos Adversos
EAM	Evento Adverso Medicamentoso
EPI	Equipamento de proteção individual
EPS	“Educação Permanente em Saúde”
EUA	“Estados Unidos da América”
FEJAL	Fundação Educacional Jayme de Altavila
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
IRAS	“Infecções Relacionadas com a Assistência à Saúde”
IBSP	Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
IHI	<i>“Institute for Healthcare Improvement”</i>
ILPI	Instituição de longa permanência para idosos
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
JCAHO	<i>“Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations”</i>
JCI	<i>“Joint Commission International”</i>
LEP	Lei do Exercício Profissional
LDB	“Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional”
LOS	“Lei Orgânica da Saúde”
LPP	Lesão Por Pressão
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NAS	<i>Nursing Activities Score</i>
NDE	Núcleo Docente Estrututante
NHS	<i>“National Health Service”</i>
NOTIVISA	“Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária”
NPSA	<i>“National Patient Safety Agency”</i>
NPSF	<i>“National Patient Safety Foundation”</i>
NSP	“Núcleo de Segurança do Paciente”
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	“Organização Pan-Americana de Saúde”
PDI	Plano de Desenvolvimento Institucional

PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PPC	“Projeto Pedagógico do Curso”
PPI	“Projeto Pedagógico Institucional”
PPP	“Projeto Político Pedagógico”
PSP	Programa de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
Rede RM	Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana
SIH	Sistema de Internação Hospitalar
SO	Sala de operação
SUS	“Sistema Único de Saúde”
TCLE	“Termo de Consentimento de Livre Esclarecido”
UTI	“Unidade de Terapia Intensiva”
UPA	“Unidade de Pronto Atendimento”
WHO	“ <i>World Health Organization</i> ”

RESUMO

TENÓRIO, Jackelyne Oliveira Costa. **Segurança do paciente: um estudo sobre a formação acadêmica dos discentes de enfermagem de uma instituição de ensino superior. 2020.** Dissertação (Mestrado). Instituto Superior de Gestão em Pós-Graduação. Mestrado em Gestão do Potencial Humano. Portugal 2020.

Introdução: A segurança do paciente é um desafio global das organizações de saúde e das instituições formadoras desses profissionais, principalmente o enfermeiro que passa a maior parte do tempo à beira do leito e lida diretamente com a equipe multiprofissional. Para a gestão escolar sobre segurança do paciente se faz necessário a tríade ensino, aprendizagem e assistência. E de acordo com Paulo Freire, o professor tem o papel de mediador no processo ensino aprendizagem, voltado para a troca de saberes/experiências, possibilitando ao estudante uma formação profissional que otimize a atenção à saúde prestada. **Objetivo:** analisar como a segurança do paciente é abordada e apreendida durante a graduação do curso de Enfermagem de uma Instituição privada de Ensino Superior (IES). **Metodologia:** Estudo documental, analítico, exploratório com abordagem quantiquantitativa, realizado em uma Instituição de Ensino Superior de Maceió – Alagoas, Brasil, realizado em janeiro 2019, tendo como amostra 162 discentes do curso de bacharel em enfermagem com um instrumento estruturado com escala tipo Likert. **Resultados:** a partir da análise documental do projeto pedagógico do curso de enfermagem observou que não existe uma disciplina específica no curso que trate sobre a segurança do paciente, assim como não consta no ementário das disciplinas específicas o tema proposto. Já no estudo empírico, o perfil dos participantes retrata jovens de 18 aos 25 anos, gênero feminino e estado civil solteira. Sobre conceitos chaves e práticas seguras relacionados a segurança do paciente a maioria dos discentes mostrou conhecimento sobre o assunto. Quanto à possibilidade do erro, a maioria define não poder existir essa alternativa. Ademais, destacou-se a fragilidade no conhecimento do estudante ao achar que o profissional de saúde e específico da enfermagem não pode errar diante de um cuidado de saúde, mitigando a cultura de segurança do paciente. **Conclusão:** Diante do objetivo e resultados desse estudo, recomenda-se a possibilidade inclusão de uma disciplina específica sobre Segurança do Paciente ou que se possa trabalhar o tema de maneira transversal. Espera-se, em conformidade com a pedagogia paulofreiriana, que este estudo possa contribuir para a reflexão-ação de discentes quanto a implementação de práticas seguras. Educação Permanente em Saúde voltada para a segurança do paciente tanto para professores, estudantes, gestores de instituições de ensino e pesquisa, e profissionais de instituições de saúde sobre a segurança do paciente; no desenvolvimento de pesquisas sobre segurança do paciente com o intuito de cultivar a cultura de segurança do paciente para um cuidado em saúde de maneira mais segura.

Palavras-chave: segurança do paciente, formação acadêmica, discentes em enfermagem

ABSTRACT

TENÓRIO, Jackelyne Oliveira Costa. Patient safety: a study on the academic education of nursing students in a higher education institution. Dissertation (Master's degree), 2020. Higher Institute of Graduate Management. Master's in Human Potential Management. Portugal 2020.

Introduction: Patient safety is a global challenge for the healthcare organizations and training institutions of these professionals, especially nurses who spend most of their time at the bedside and deal directly with the multiprofessional team. School management on patient safety requires the triad of teaching, learning and care. And according to Paulo Freire, the teacher has the role of mediator in the teaching-learning process, focused on the exchange of knowledge / experiences, enabling the student a vocational training that optimizes the health care provided. **Objective:** To analyze how patient safety is approached and apprehended during the undergraduate nursing course of a private higher education institution (HEI). **Methodology:** Documentary, analytical, exploratory study with a quantitative and qualitative approach, conducted in a Higher Education Institution of Maceió - Alagoas, Brazil, conducted in January 2019, having as sample 162 students of the bachelor degree in nursing with a structured instrument with Likert scale. **Results:** from the documentary analysis of the pedagogical project of the nursing course, it was observed that there is no specific discipline in the course that deals with patient safety, as well as the proposed subject is not included in the specific subject list. In the empirical study, the profile of the participants portrays young people from 18 to 25 years old, female and single marital status. About key concepts and safe practices related to patient safety most students showed knowledge about the subject. As for the possibility of error, most define that this alternative cannot exist. In addition, the fragility of the student's knowledge was emphasized in finding that the health and nursing specific professionals cannot err in the face of health care, mitigating the patient's safety culture. **Conclusion:** Given the objective and results of this study, it is recommended the possibility of including a specific discipline on Patient Safety or that can work across the subject paulofreiriana can contribute for the reflection-action of students about the implementation of safety practices. Practical Health Education focused on the security of the patient, on the development of professors, students, managers of institutions of education and research, and professionals of health institutions about the safety of the patient, on the development. It is hoped in accordance with the pedagogy of the researches about the safety of the patient, with order to cultivate the patient safety culture for safer health care.

Keywords: Patient Safety. Academic education. Nursing students

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo trata da segurança do paciente na formação acadêmica de enfermeiros em um Centro de Estudos superior Particular de Maceió. Nesse contexto, a motivação pela escolha do problema de pesquisa a ser investigado se deu a partir da minha vivência profissional enquanto enfermeira de um setor de Terapia Intensiva (UTI), o que propiciou o reconhecimento da importância desse objeto de investigação, tanto à nível assistencial quanto na formação profissional do enfermeiro, pois contribui para a promoção de um cuidado em saúde de modo mais completo, holístico, e em concordância com ao que preconiza para a segurança do paciente a Organização Mundial de Saúde (Anvisa, 2011).

Nesse contexto, torna-se relevante explicitar que durante 12 anos prestando assistência de enfermagem a pacientes críticos em UTI Geral e neurológica com pacientes adultos percebi que os problemas relacionados aos riscos e erros pelos quais os pacientes estavam sendo expostos, causaram em mim inquietação e reflexão sobre a permanência da necessidade de segurança dos pacientes diante por toda equipe multiprofissional.

Desse modo, ainda na assistência iniciei juntamente com a equipe gestora de enfermagem e Institucional a implantação em Alagoas do Programa de Segurança do Paciente na Unidade Hospitalar em Maceió, possibilitando a essa Instituição o título de Hospital Sentinela, realizando o levantamento dos riscos e problemas na segurança dos pacientes assistidos por essa instituição e produção de protocolos institucionais dando-lhe, a certificação pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Evidentemente, diante da minha trajetória profissional, que atualmente ultrapassa o âmbito assistencial e inclui a docência, no qual busco um processo ensino aprendizagem pautado na formação acadêmica de enfermeiros reflexivos, críticos sobre a segurança do paciente, por meio das aulas teórico-práticas, o que me instigou para essa investigação científica.

Ao longo da história da Medicina diversas personalidades tiveram preocupação com a segurança do paciente: Hipócrates já falava de não causar dano ao paciente [*“Primo Non Nocere”*]; Ignaz Phillip Semmelweis, em 1847, “já assinalava para a necessidade da higiene das mãos como uma intervenção para reduzir os índices de mortalidade materna; Florence Nightingale, na guerra da Crimeia, foi pioneira em usar dados estatísticos sobre as condições clínicas dos pacientes para reduzir os índices de mortalidade” (Myers, 2012).

De acordo com Silva (2010), “a preocupação com qualidade do cuidado e com a segurança do paciente nas instituições de saúde tem surgido em âmbito global. O movimento

em prol da segurança do paciente teve seu início na última década do século XX, após a publicação do relatório *do Institute of Medicine* dos EUA que apresentou os resultados de vários estudos que revelaram a crítica situação de assistência à saúde daquele país. Dados apontaram que de 33,6 milhões de internações 44.000 a 98.000 pacientes, aproximadamente, morreram em consequência de eventos adversos” (EA).

“Em 2002, durante a Assembléia Mundial de Saúde, os dados preocupantes apontados em um relatório acerca dos altos índices de danos aos pacientes associados a falhas na assistência e o fato de que a maioria dos eventos adversos serem considerados causas evitáveis do sofrimento humano e, além disso, por representarem um alto custo financeiro para os investimentos em saúde, houve o reconhecimento da necessidade de promover a segurança do paciente como um princípio fundamental de todos os sistemas de saúde” (*World Health organization*, 2002).

Como resultado dessa Assembleia Mundial de Saúde de 2002, “foi determinado que os países que fazem parte da OMS deveriam enfatizar o problema de segurança do paciente, e implantar um sistema com base em evidências científica para melhorar a segurança e a qualidade da assistência prestada no que concerne ao controle de medicamentos, equipamentos médicos e tecnologias através do estabelecimento de normas, padrões e diretrizes”. (WHO, 2002, Art. 1º e 2º).

Além disso, “os países foram orientados a notificarem os eventos adversos e a reverem suas experiências de programas existentes buscando ações preventivas e a redução de riscos; políticas de saúde baseadas em evidências, incluindo padrões globais para o melhoramento do cuidado prestado, com ênfase especial na segurança do paciente, prática clínica segura em conformidade com as diretrizes apropriadas e uso seguro de tecnologias leves e duras, política de acreditação hospitalar” (WHO, 2002).

Em outubro de 2004, a “Organização Mundial de Saúde lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, tendo como foco central a formulação do Desafio Global para a Segurança do Paciente, que incorporou como primeiro desafio a infecção relacionada à Assistência à Saúde” (WHO, 2005).

Várias publicações lançadas em 2007 pela OMS, enfatizaram a necessidade de oferecer mais atenção à segurança do paciente, colocando como prioridade a prevenção de evento adversos no cuidado à saúde dos pacientes. Entre os temas abordados nas publicações, foram destaques: “Cuidado Limpo é Cuidado Seguro”, “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, “Enfrentar a Resistência Antimicrobiana” como uma prioridade e o foco do Dia Mundial da Saúde de 2011” (Silva, 2010).

No Brasil, resultado de um estudo mostrou que “de cada dez pacientes atendidos em hospitais, um paciente sofre pelo menos um evento adverso, tais como queda, administração incorreta de medicamentos, falhas na identificação do paciente, erros em procedimentos cirúrgicos, infecções, mau uso de dispositivos e equipamentos médicos”. (Mendes et al.(2005). “Outro estudo mais recente evidenciou que 67% dos EA foram classificados como evitáveis, como os relacionados à cirurgia, seguido por aqueles associados a procedimentos clínicos dentre os mais frequentes”. (Reis et al.,2012).

Nesse contexto, “o processo da Acreditação e que inclui a segurança para os pacientes e profissionais; qualidade da assistência; construção de equipe e melhoria contínua; favorável instrumento de gerenciamento; critérios e objetivos consistentes adaptados à realidade brasileira; e caminho para a melhoria contínua tornou – se a maneira de avaliação concreta das condições objetivas e relacionadas à qualidade da atenção oferecida nos estabelecimentos de saúde” (ONA, 2013).

De acordo com a tendência mundial relacionada à proteção do paciente como metas prioritárias para diminuição de risco de eventos adversos, “o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, sejam públicos, ou privados, de acordo com prioridade dada à segurança do paciente em estabelecimentos de Saúde na agenda política dos estados-membros da OMS e na resolução aprovada durante a 57a Assembleia Mundial da Saúde” (Brasil, 2013).

É tanto, que atualmente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) “tem buscado evidências científicas sobre os resultados da implementação de ações relacionadas à segurança dos pacientes recomendadas pelo Programa Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde (OMS), tais como as contidas nas resoluções: Diretoria Colegiada (RDC) nº. 36, de 25 de julho de 2013 e a RDC nº. 53, de 14 de novembro de 2013”(ANVISA, 2013).

Diante da análise supracitada, “pode-se inferir que erros humanos acontecem por falhas de um sistema e não por culpa de um indivíduo isoladamente, estando relacionada tanto com a implementação e da gestão de políticas públicas ou institucionais quanto com as falhas no processo de educação à qual o profissional foi submetido” (Fonseca et al, 2014).

Segundo Organização Nacional de Acreditação (ONA) em Maceió -Alagoas, existe apenas 3 hospitais de grande porte com selo de certificação de acreditação; destes, 2 com acreditação nível 1 e apenas um com acreditação nível 3 com selo de certificação por excelência; assim como também uma Instituição de Atenção Domiciliar- Internação e

Assistência com selo de certificação como acreditado ([https:// www.ona.org.br](https://www.ona.org.br)). Assim, com esse cenário surge como questão norteadora do presente estudo: Como tem sido trabalhada a temática segurança do paciente durante a formação dos discentes de um curso de Enfermagem de um Centro Universitário de Maceió - AL?

Mediante o objeto de estudo “conhecimento sobre a segurança do paciente durante a graduação de enfermagem em um Centro Universitário de Maceió – AL”, pretende-se contribuir para o curso de graduação em Enfermagem, fornecendo informações que favoreçam a melhoria da formação dos discentes de enfermagem e, conseqüentemente, qualidade da atuação desses futuros profissionais da enfermagem no que concerne a Segurança do Paciente, já que esta foi colocada como uma prioridade da Organização Mundial de Saúde.

O presente estudo é relevante a partir do momento que contribui para melhoria da formação dos discentes quanto a segurança do paciente. E essa importância pode ser corroborada por alguns autores quando afirmam:

“é unânime, entre os educadores em saúde, a importância do ensino reflexivo, crítico e participativo, que promova competências, atitudes e habilidades na construção do conhecimento, desde a publicação dos estudos que apresentem tanto a extensão dos danos causados pelos cuidados inseguros de saúde, até o panorama das instituições de ensino e agências internacionais de saúde sobre o ensino da cultura de segurança do paciente e a necessidade de estabelecer diretrizes e ações para a sua melhoria do ensino e serviços de saúde, contribuindo para a reorientação das agendas de reformas de muitos países voltadas para a melhoria da qualidade da atenção à saúde e, conseqüentemente, a minimização dos riscos dos cuidados de saúde”. James (2013); Paiva et al. (2014); Raduenz et al. (2010); Reis; Martins; & Laguardia (2013).

Face ao exposto, o presente estudo, visa alcançar os seguintes objetivos: analisar como a segurança do paciente é abordada e apreendida durante a graduação do curso de Enfermagem de uma Centro Universitário, em Maceió – Alagoas, Brasil; identificar de que forma a gestão de risco e gestão escolar estão associadas à segurança do paciente; investigar de que maneira a segurança do paciente é trabalhada nas disciplinas do curso de Enfermagem mediante a análise do Projeto Pedagógico do Curso (PPC) e verificar o posicionamento dos discentes sobre a segurança do paciente.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo apresenta uma revisão de literatura sobre a segurança do paciente. Dentro, dessa temática serão desenvolvidos os seguintes aspectos: a segurança do paciente e o evento adverso; ensino e segurança do paciente e Gestão de Risco e Gestão escolar sobre Segurança do Paciente.

2.1 A segurança do paciente e o evento adverso

O Patient Safety Program, programa mundial que foi criado pela OMS com o objetivo de definir questões prioritárias para a pesquisa na área de segurança do paciente que sejam de alta relevância para países em todos os níveis de desenvolvimento. Dentre essas, destacam-se: “cuidados em saúde às mães e aos recém-nascidos; cuidados de saúde aos idosos; eventos adversos (EA) relacionados a erros de medicação; frágil cultura de segurança, voltada ao processo de responsabilização pelo erro; competências e habilidades inadequadas entre profissionais de saúde; infecções associadas ao cuidado de saúde” (Silva, 2010).

De acordo com Levinson (2010), “um estudo publicado pela Medicare em 2010, objetivando estimular a incidência nacional de EAS nos seus beneficiários hospitalizados, bem como avaliar a evitabilidade dos eventos e estimular seus custos, evidenciou que a taxa de incidência dos EAs foi estimada em 13,5% dos beneficiários hospitalizados, e cerca de 1,5% dos pacientes experimentaram um evento que conduzia à morte”.

“Os resultados obtidos em um estudo Holandês publicado em 2009, do tipo revisão retrospectiva, envolvendo processos clínicos efetuado por enfermeiros e médicos usando o protocolo do *Canadian Adverse Event Study* (CAES) mostraram que os custos médicos atribuíveis aos EAs, nos hospitais ascendem a 355 milhões de euros”. (Hoonhout et al., 2009).

Em Portugal, outro estudo piloto dos EAs, realizado em 2010 (com base em processos clínicos/prontuários do ano de 2009, demonstrou que “em cerca de 58.2% dos pacientes que sofreram um EA, houve prolongamento dos dias de internamento/internação, e em média, esse prolongamento foi de 10,7 dias com todas as consequências em termos de custo e de dificuldades na gestão de cama/leitos que daí decorrem” (Sousa et al., 2014).

No Brasil, outro estudo apurou que os pacientes com EA permaneceram internado no hospital um tempo médio maior (28,3 dias superior) ao observado nos pacientes sem EAs,

(Travassos et al. 2010). Segundo Wachter, 2012, “pelo menos 50% dos pacientes, após as altas hospitalares, apresentam um erro associado ao cuidado em saúde, sendo o mais frequente o relacionado a medicamentos, bem com que um a cada 5 sofrem eventos adversos”.

A taxa de readmissão devido a eventos adversos é alta, pois cerca de 20% dos pacientes que participam do programa *Medicare* nos EUA são readmitidos dentro de um mês após a alta, e um terço retorna em 90 dias, gerando um gasto de 17 bilhões de dólares”. (Jencks et al.2009).

2.2 Ensino sobre segurança do paciente

“As transformações sociais exigem que professores discutam criticamente com as propostas pedagógicas e acadêmicas, assumindo um lugar de interlocutor privilegiado, e, assim estruturam cenários de aprendizagem que sejam significativos e problematizadores dos movimentos sociais, seus determinantes históricos e as possibilidades de superação”. (Rios, 2001).

“O termo ensinagem, usado para indicar uma prática social complexa efetiva entre os sujeitos, professor e aluno, engloba tanto a ação de ensinar quanto a de apreender, em processo contratual, de parceria deliberada em consciente para o enfrentamento na construção do conhecimento escolar, resultante de ações efetivas na, e fora da, sala de aula” (Anastasiou, 2006).

Para Freire (2011, p. 25), “Ensinar não é transferir conhecimento, conteúdo, nem formar. É ação pela qual um sujeito criador forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado”. O ato de ensinar é onde também se aprende, ou melhor, onde mais se aprende. Por diversas vezes pensamos que estamos ensinando, mas muito da mesma forma que ensinamos também aprendemos, pois o aprendizado é uma via de mão dupla, constante, progressivo e mútuo em qualquer fase de nossas vidas.

O cotidiano acadêmico deve propiciar a discussão acerca do tema segurança do paciente de forma tal que possibilite expor suas experiências (pessoais, com familiares ou pessoas próximas) , suas dúvidas e preocupações relacionadas à segurança do paciente e aos eventos adversos que podem ocorrer devido a falhas na assistência e propor sugestões que elas falhas possam ser conhecidas e estratégias possam ser implementadas para preveni-las., e que exemplifique os assuntos teórico-práticos abordados no processo ensino aprendizagem. Portanto, essencial para tornar a aprendizagem significativa quando relacionada à segurança do paciente e eventos adversos, aos moldes da pedagogia proposta por Paulo Freire.

Segundo Batista (2002) quando entramos na área da saúde para contemplarmos à área da docência, acrescentamos uma triangulação envolvendo ensino-aprendizagem-assistência. A qualificação profissional específica ganha destaque inserindo-se cenários do aprender e do ensinar constituídos pelo professor, pelo aluno, pelos pacientes e pela própria comunidade com sua demanda de saúde. Quando tratamos da busca do ensino e aprendizado, o mais importante é respeitar os saberes sociais de cada indivíduo, pois cada um possui muitos saberes a contribuir diante de suas experiências de vida, pensando nisso aprendemos muito com nossos alunos, nossos pacientes e com a população em geral.

Enquanto facilitadores, tomando como parâmetro os pressupostos de Paulo Freire (2011), devemos como docentes ter a sensibilidade de nossos atos a cada momento, pois o estudante aprende mais com o que se faz do que o que se fala. Desse modo, necessitamos ter respeito, empatia, intuição, além de uma análise rigorosamente metodológica que priorize um modelo de atenção à saúde segura, livre de danos tanto à pessoa quanto à família e comunidade, em qualquer ambiente de saúde.

Desse modo, para Cortella (2015, p. 24), “O bem para o outro feito para mim faz”, lembro-me de algumas orientações que faço aos meus discentes sobre a importância de atenção à saúde segura e consciente, tanto em aulas teóricas quanto práticas (hospitais, postos de saúde e em instituições de longa permanência para idosos - ILPI). Nesses termos, exponho a relevância das medidas de precaução padrão, como a lavagem das mãos, uso adequado do jaleco, e outros equipamentos de proteção individual (EPI) contra microrganismos que possam transmitir possíveis infecções cruzadas, prejudicando tanto a saúde da pessoa debilitada/vulnerável quanto a do trabalhador de saúde.

A Portaria MS/GM nº 529/2013 “estabelece que a cultura de segurança do paciente deve envolver os trabalhadores de saúde, gestores, familiares; priorizar investimentos para que as práticas seguras se concretizem no cotidiano laboral, por meio de identificação, notificação e resolução dos problemas relacionados à segurança do paciente”. (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, os eixos definidos pelo programa nacional de segurança do paciente PNSP abrange os seguintes aspectos: O estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema no ensino; e o incremento de pesquisa sobre o tema. A cultura de segurança do paciente é elemento que perpassa todos esses eixos.

2.3 Gestão de Risco e Gestão escolar sobre Segurança do Paciente: algumas considerações iniciais

“O termo gestão deriva do latim *gestione* e significar gerir, gerência, administração”. “Administrar é planejar, organizar, dirigir e controlar recursos, visando atingir determinado objetivo. Portanto, gestão é o ato de conduzir para a obtenção dos resultados desejados”. (Oliveira, Perez; & Silva, 2002, p. 136). E todos, os quais fazem parte da docência e discência têm como responsabilidade a gestão do ensino e de pessoas como qualificação profissional, principalmente tratando-se de assistência à saúde e docência, pois lidamos com pessoas e processos durante o aprendizado e a prestação de assistência ao cuidado em saúde de forma direta ou indireta.

A cultura de segurança planejada e implementada nas instituições de saúde, tendo como base a gestão de risco, abre espaço para: a promoção da comunicação entre os membros da equipe; comunicação entre pacientes e profissionais de enfermagem; apreensão do conhecimento sobre segurança do paciente e implementação de uma cultura voltada para redução de danos.

Um aspecto considerado importante na segurança do paciente é “uma gestão de qualidade”. Está de acordo com o Ministério da Saúde, “inclui atividades de monitoramento, essenciais para a detecção de problemas; controle e manutenção das melhorias obtidas por meio de um planejamento estratégico (prevenção de problemas), ou ciclos de melhoria (solução de problemas identificados)”. (Brasil, 2011).

A gestão de qualidade, para Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), “compreende a implantação de barreiras organizacionais efetivas para impedir e ou minimizar a ocorrência de eventos adversos. Ademais, a implementação de boas práticas que reduzam o risco de dano ao paciente, como, por exemplo, identificação correta dos pacientes, *checklist* de segurança, limpeza e organização na preparação de medicamentos e imunização dos profissionais de saúde são essenciais para a gestão de riscos”. (Brasil, 2011).

Já o termo “Gestão Escolar” foi criado para distinguir a da expressão “Administração Escolar” e trazer para o contexto escolar elementos e significados fundamentais para aumentar a eficiência dos processos institucionais e o melhoramento do ensino. “A partir da abertura política do país, novos conceitos e valores, como por exemplo, autonomia escolar, possibilitou melhoria na gestão escolar e o desenvolvimento de uma cultura e uma identidade própria na instituição de ensino capaz de promover mudanças e de reagir com eficácia às solicitações dos contextos locais em que se inserem”. (Menezes, 2001)

Conforme Lück (2009) “A gestão escolar relaciona-se a um exercício que foca em promover a organização, mobilização e articulação das condições fundamentais para garantir o avanço do processo sócio educacional das instituições de ensino”.

“A gestão escolar vai além do sentido de motivar as pessoas para a realização eficaz das atividades, pois acarreta intencionalidade, descrição de um rumo, uma tomada de decisão diante dos propósitos sociais e políticos de uma escola”. (Libâneo, et al 2008). Segundo esse mesmo autor “A escola, ao executar sua função social influi na construção da personalidade humana e não é possível construí-la para o cumprimento da sua função social, sem levar em consideração objetivos políticos, técnicos e pedagógicos”. (Libâneo, et al 2008).

Ao relacionar a gestão escolar com a pedagogia de Paulo Freire torna-se pertinente inferir que a escola deve se apresentar como espaço de construção de sentidos, desejos e emoções. Assim, “o ato de ensinar pelo professor é transformador, no qual destaco tanto a relevância da mediação do professor no processo ensino aprendizagem, quanto do papel ativo do estudante na construção do saber apreendido”. Freire, P. (2011).

Além disso, “o exercício da docência impõe ao educador o compromisso com sua formação, pois a incompetência profissional desqualifica a autoridade do professor” (Freire, 2011). Nesse contexto, a gestão escolar que perpassa pelo ensino sobre segurança do paciente deve estar amparada em um processo ensino aprendizagem com mediação do conhecimento, troca de saberes e práticas, e competência técnico científica do professor.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Como referencial teórico para esta dissertação foi utilizado a Pedagogia de Paulo Freire, a qual segue um método que problematiza a educação e a formação docente. Segundo Freire (2011), não existe ensinar sem aprender e na prática percebemos a troca de saberes praticadas a cada aula finalizada.

Assim, percebo na minha prática laboral docente que quando se ensina também se aprende, pois muitas vezes após ministrar aula a um grupo de estudantes, tenho a nítida compreensão de que o aprendizado foi mútuo, corroborando com a teoria paulofreiriana.

Conforme Freire (2011), “ensinar não é apenas passar conhecimento”; é muito mais além disso, é passar conhecimento através de suas vivências, experiências, portanto além dos ensinamentos adquiridos pelos livros, também é de extrema importância para o aprendizado o conhecimento adquirido no fazer, no saber fazer, quando vivenciamos um conhecimento, podemos transmiti-lo com muito mais empoderamento e verdade de atos, pois temos a experiência de viver o saber.

Com esse pensamento trago a importância da experiência em fazer e saber fazer enfermagem na vivência do cuidar, na convivência com pacientes, familiares e cuidadores. Nesta perspectiva, o estudante de enfermagem precisa viver o saber para apreender, possibilitando uma ressignificação do aprendizado sobre enfermagem e segurança do paciente.

Assim, a pedagogia freiriana defende uma educação problematizadora em contraposição a uma educação “bancária”, ao passo que coloca em evidência as dificuldades das classes subalternas em possuírem uma educação de qualidade. A intenção de Freire ao propor uma educação progressista é superar o modelo tradicional de escola e sociedade através de práticas educativas que enxergam como importante não somente alfabetizar, mas também conscientizar a população de sua situação social (Scocuglia, 2018)

Para Freire (2011, p.30) “Não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino”, ou seja: é um eterno aprender e reaprender, tem que ter uma inquietude constante em busca do conhecimento, por isso que quanto mais pesquisamos mais temos dúvidas e percebemos que mais necessitamos pesquisar e estudar na tentativa de transmitir o melhor conhecimento e em fazer cada vez o melhor.

Nesse contexto, exemplifico que embora pacientes possam apresentar as mesmas patologias, sinais e sintomas semelhantes, os cuidados devem ser individualizados, específicos às necessidades diferenciadas de cada indivíduo e fundamentado em conhecimento sobre a anatomia, exame físico, comorbidades, evitando, assim, a iatrogenia, procedimentos desnecessários que possam aumentar o risco à saúde desse paciente.

Cortella (2015) infere que para Paulo Freire (1921-1997) “a experiência de vida do estudante possibilita a sua leitura de mundo” Ou seja, toda sua vivência, cultura irá influenciar diretamente a ressignificação, interpretação e apreensão do conhecimento científico mediado pelo professor.

Assim, torna-se evidente a relevância do professor enquanto mediador nesse processo ensino e aprendizagem, favorecendo a conscientização para uma prática segura, focada na segurança do paciente. Contudo, não é um processo fácil, pois implica vezes em mudança de hábitos culturais, em ressignificação de aprendizado. De acordo com Paulo Freire, a educação precisa ser transformadora, capaz de emancipar o sujeito, promovendo a reflexão crítica da realidade.

“Se o meu compromisso é realmente com o homem concreto, com a causa de sua humanização, de sua libertação, não posso por isso mesmo prescindir da ciência, nem da tecnologia, com as quais me vou instrumentando para melhor lutar por esta causa” (Freire, 2007, p. 22).

4. METODOLOGIA

A metodologia é a comunicação do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade e inclui, sincronicamente, a teoria de abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade)". Minayo (2012).

4.1 Delineamento

Trata-se de uma pesquisa de finalidade aplicada; com abrangência temporal transversal. Pesquisa com o objetivo exploratória e descritiva, de natureza quantiquantitativa. Para Goldemberg (1997), "a pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc."

Com procedimento bibliográfico, segundo Gil (2010), "esta técnica é elaborada com base em material já publicado, impresso, como livros, revistas, jornais, teses, dissertações e anais de eventos científicos". Para este mesmo autor "a pesquisa documental refere-se àquela realizada com documentos que registram fatos e/ou acontecimentos que ocorreram em uma determinada época, como por exemplo: documentos institucionais, pessoais, como cartas e diários, e no caso da referida pesquisa, o Projeto Pedagógico do Curso (PPC)".

Fundamentada nos pressupostos de Gonçalves (2001), "trata-se de uma pesquisa de campo, com definição de local para a busca da informação diretamente com a população pesquisada, aplicação de questionários semiestruturados". Os dados gerados serão primários, ou seja, aqueles coletados a partir das entrevistas e também dados secundários relacionados ao estudo documental.

A presente investigação foi realizada no Cesmac, localizado em Maceió - Brasil. Fundada em 5 de outubro de 1973, cujo o seu primeiro vestibular foi realizado em janeiro de 1975. Em 29 de junho de 2012 migrou para o sistema MEC, pois antes era regida pelo sistema estadual e atualmente, pelo sistema federal de educação superior. Os números de cursos ofertados por esta instituição totalizam 26, nas áreas de saúde, educação, humanas e exatas, além disso, oferece também Doutorado em Direito, Mestrados Profissionais e cursos de especialização em várias áreas do conhecimento e por tudo isso é uma das mais importantes instituições de ensino superior privado em Alagoas. (Recuperado de <https://cesmac.edu.br>).

4.2 Participantes e Instrumento

Fizeram parte deste estudo 162 discentes matriculados no curso de enfermagem em 2018 dos seguintes períodos (4º,5º,6º,7º,8º,9º, e 10º), que aceitaram participar do estudo assinando Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em conformidade com as Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para essa pesquisa.

4.3 Procedimento

A presente pesquisa foi dividida em duas etapas. Na primeira, que ocorreu de novembro a dezembro de 2018, foi aplicado um Instrumento estruturado em Escala do tipo LIKERT, com questões semiestruturadas sobre o assunto em tela contendo variáveis sócio demográficas, econômica, e específicas ao objeto de estudo, tais como: faixa etária, renda familiar, cor, gênero, nível de satisfação pelo curso de enfermagem, qualidade do curso, professores. (Anexo D). Para a segunda etapa se fez pela análise do PPC, Atas de colegiado e do NDE (Núcleo Docente Estruturante).

O comitê de ética e pesquisa CEP/CESMAC aprovou a presente pesquisa sob o nº 2.954.728, atendendo aos aspectos éticos e legais exigidos pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEPE) do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

4.4 Tratamento e análise dos dados

Os dados quantitativos obtidos foram armazenados e tabulados com a utilização de uma Planilha Excel 2013. Posteriormente esses dados foram analisados descritivamente pela autora, considerando o nível de significância de 5%, características da amostra, frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis selecionadas para esse estudo. Os resultados foram apresentados e descritos fazendo uso de tabelas e gráfico.

Em relação à abordagem qualitativa foi utilizada a análise do PPC de Enfermagem do Centro Universitário CESMAC, possibilitando a identificação dos componentes curriculares e de seus respectivos planos de ensino relacionados ao problema investigado. Assim, os documentos selecionados para esse estudo foram colocados em categorias e analisados através do método análise de conceitos de acordo com as categorias elegíveis desse estudo: Currículo de Enfermagem, conteúdos, competências, habilidades e atitudes.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para facilitar e sistematizar a discussão dos resultados este capítulo foi dividido em três tópicos: 1) **Projeto Pedagógico do Curso (PPC)** – compreende a análise do currículo da Graduação em Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior; 2) **Segurança do paciente** – compreende uma análise do Projeto Pedagógico do Curso (PPC) e 3) **Percepção dos discentes sobre a segurança do paciente** – compreendendo a visão dos discentes sobre a forma como o tema é abordado.

5.1 Projeto Pedagógico do Curso (PPC): análise do currículo da Graduação em Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior

De acordo com a análise do Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem do Cesmac, o mesmo foi fundado em 1998 e avaliado 10 anos após em 2008 pelo Ministério da Educação (MEC) com obtenção de conceito 4, de acordo com relatório enviado ao Conselho de Educação do Estado de Alagoas. O curso de graduação em Enfermagem com a modalidade em bacharel presencial, oferta 120 vagas anuais, com dimensão de 60 discentes por turma, com turno de funcionamento matutino, com seriado semestral de 20 semanas letivas dispondo de carga horária total de 4.000 horas, com duração de 5 anos, ou seja 10 semestres letivo (Projeto Pedagógico do Curso de bacharel em Enfermagem (PPC, Cesmac, 2015).

O Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de Enfermagem do CESMAC baseou-se na Lei nº 9.394/96 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional); na Resolução CNE/CES nº 03/2001, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Este projeto pedagógico de curso está coerente com o Projeto Pedagógico Institucional (PPI), com o Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) e com o Estatuto do Centro Universitário CESMAC (PPC, Cesmac, 2015).

Segundo capítulo IV da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional atualizada em 2017 (LDB, 2017, p. 32), “Art. 43. A educação superior tem por finalidade: I – estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo; II – formar diplomados nas diferentes áreas de conhecimento, aptos para a inserção em setores profissionais e para a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira, e colaborar na sua formação contínua; III – incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica, visando o desenvolvimento da ciência e da tecnologia e da criação e difusão da cultura, e, desse modo, desenvolver o entendimento do homem e do meio em que vive [...]”.

Vale registrar que o presente Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem (PPC, Cesmac,2015) está, plenamente, adequado aos atos legais que regem a educação superior. Dentre todos já citados neste PPC, destaca-se os seguintes: Constituição Federal Brasileira de 1988; Lei 7498/86 – Lei do Exercício Profissional; Decreto 94.406/87 – Decreto do Exercício Profissional; Lei 8080/90 – Lei Orgânica da Saúde; Lei 8142/90 – Lei Orgânica da Saúde; Decreto 7511/11 que regulamenta a lei 8080.

O Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem do Cesmac, pois traz como “princípio básico a formação generalista do profissional com inserção nos cenários de prática de forma contínua, busca a integralidade do cuidar, aguça para um profissional com atuação humanística e visão ampla do trabalho em equipe, e assim alia os cuidados de enfermagem as necessidades de saúde do usuário que rompe com as práticas individuais e centralizadas” (PPC, Cesmac,2015).

A proposta pedagógica do curso oferece espaço para participação do curso nas resoluções de problemas detectados na área da saúde, através de uma formação acadêmica que permita exercer a profissão de forma criativa, crítica, política, ética e solidária. Capaz de identificar problemas e aplicar saberes técnicos, científicos e humanísticos, transformando-os em soluções para elevar a dignidade humana, social e ambiental no contexto dos valores coletivamente assumidos; desta forma percebemos a preocupação da instituição para com a saúde da população e qualidade da assistência levada por esses graduandos para com a comunidade em geral.

“A metodologia do projeto político pedagógico (PPP) no curso de Enfermagem é desenvolvida em incentivar trabalhos em equipe promovendo a interdisciplinaridade que amplia e aprofunda os conhecimentos valendo-se dos recursos da moderna tecnologia, com o intuito de enriquecer estudos através de informações e dados disponíveis para a consulta, além de trazer a perspectiva tecnológica de forma imediata e contínua para o discente” (PPC, Cesmac,2015).

“Está claro que a instituição em fôco tem como prioridade com o exercício da Enfermagem, as atitudes investigativas, de justiça, de cooperação, de respeito às diferenças étnicas, culturais, sociais, de gênero e econômicas para que possa, além de informar e educar, servir a comunidade e a sociedade com alto padrão científico, tecnológico e cultural” (PPC, Cesmac,2015).

“Podemos destacar a parte fundamental da gestão educacional em nível superior a qual possui contato direto com a coordenação, discentes e docentes esta é o Núcleo Docente

Estruturante (NDE), responsável pela criação, implantação, consolidação e avaliação continua e permanente do projeto pedagógico do curso” (PPC, Cesmac,2015).

O NDE é composto por professores da instituição e que possuem as atribuições de pensar e estruturar a matriz curricular interdisciplinar entre as diferentes atividades de ensino constantes no currículo; contribuir para a consolidação do perfil profissional pretendido do egresso do Curso; possui comunicação direta com a pesquisa, extensão, e coordenação e está com a pró- reitoria e reitoria sucessivamente. O NDE “indica formas de incentivo ao desenvolvimento de linhas de pesquisa e extensão, oriundas de necessidades da graduação, de exigências do mercado de trabalho e afinadas com as políticas públicas relativas à área de conhecimento do curso; zelar pelo cumprimento das Diretrizes Curriculares Nacionais” (PPC, Cesmac,2015).

Nesse contexto, após análise do PPC, pode-se destacar o colegiado o qual também encontra-se no fluxograma da gestão educacional superior, que segue logo abaixo, que conta com a participação efetiva da coordenação do curso e das representações docente e discente nos seus órgãos colegiados acadêmicos, bem como apoio didático-pedagógico aos docentes.

São competências dos membros do Colegiado de Curso

“I – supervisionar e aprovar as atividades didático-pedagógicas do curso; a) o projeto pedagógico do curso, encaminhar para homologação da Diretoria Acadêmica, acompanhar sua execução e avaliar sistematicamente, zelando pelo seu cumprimento; b) o currículo pleno do curso, para posterior aprovação da Diretoria Acadêmica e a indicação de disciplinas, ementas e respectivas cargas horárias que o compõem; c) as metas, projetos e atividades curriculares e programas para o curso; g) o perfil e os pré-requisitos do corpo docente do curso” (PPC, Cesmac,2015).

“III - propor: a) providências necessárias à melhoria da qualidade do curso; b) mecanismos para a prática da interdisciplinaridade no curso; d) projetos de ensino, de pesquisa e de extensão à Direção da Faculdade para serem aprovados pela Diretoria Acadêmica” (PPC, Cesmac,2015).

No fluxograma abaixo, foi elaborado a partir do PPC para o melhor entendimento sobre a proposta de gestão do curso de Enfermagem. Neste, descreve-se o fluxo hierárquico no Centro Universitário Cesmac para docentes e discentes do Curso de Enfermagem quanto a gestão acadêmica vigente. Nesse contexto, de acordo com Sousa & Colombo (2011, p.101),

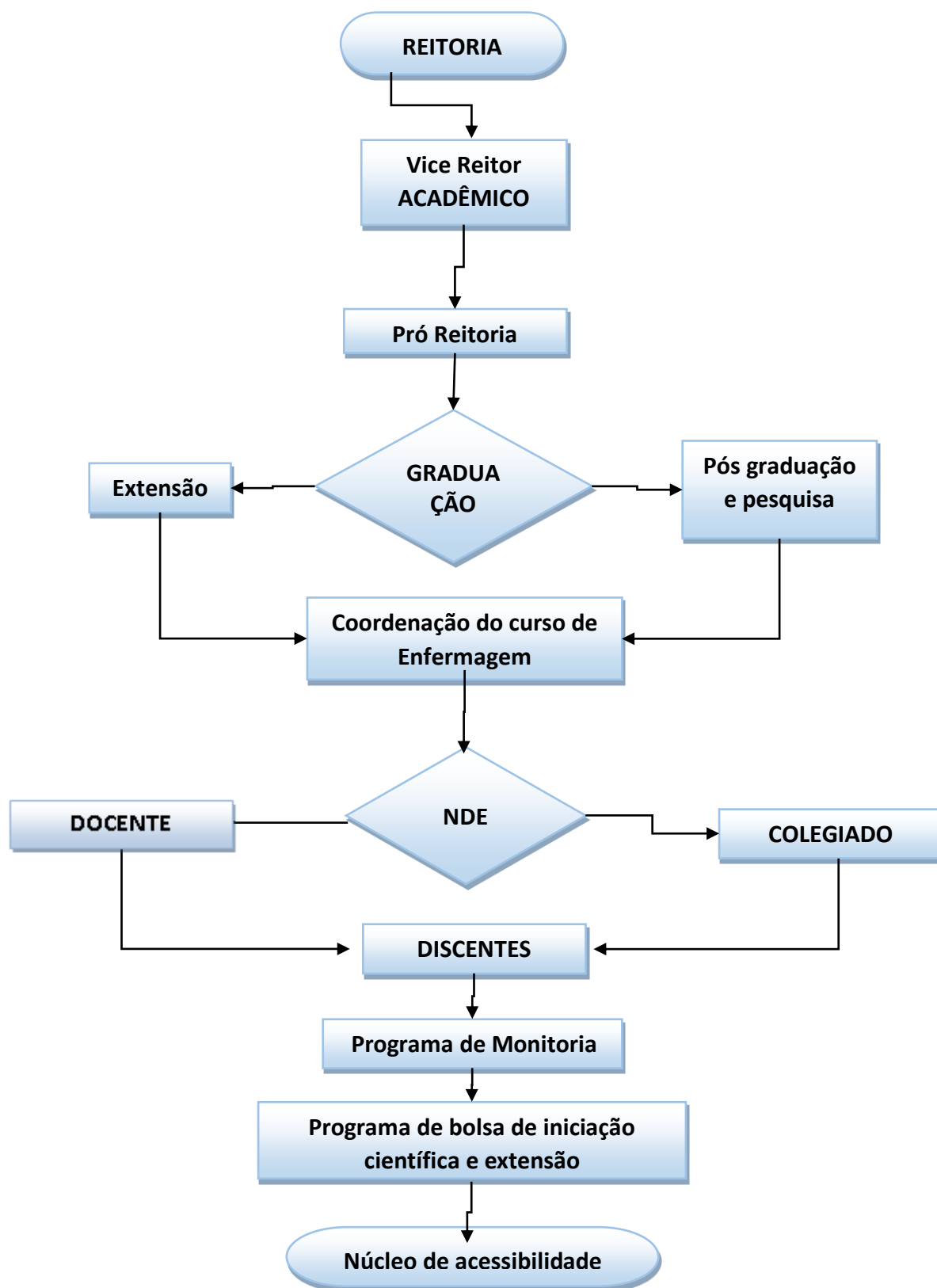
“O que garante a efetividade da equipe multiprofissional, sobretudo quando a organização tem alto grau de complexidade, como os grupos que comportam muitas IES, por exemplo, é a capacitação de todos os líderes que nela atuam (diretores, gestores, professores, coordenadores) em tomarem decisões compatíveis com o plano estratégico e com o modelo de negócio definido pela IES. Este é o momento da organização compreender os valores institucionais e colocá-los em prática”.

Paulo Freire (2011), aborda que “os saberes são necessários à prática educativa e que formar é muito mais do que treinar. Nessa perspectiva, importante destacar o comprometimento dos educadores com a construção da educação democrática”. Ademais, Freire destaca a relevância para a formação tanto dos discentes quanto dos professores/as, sob a responsabilidade do coordenador pedagógico.

Analisar o PPC a luz de Paulo Freire impulsiona, a priori, a seguinte reflexão do autor: “o mundo não é, está sendo”. Desse modo, depreende-se que o currículo definido para o Curso de Enfermagem precisa estar ancorado nas necessidades reais de saúde da população adscrita, para que o enfermeiro egresso da Instituição de Ensino possa contribuir satisfatoriamente com a atenção à saúde prestada. E que o currículo não deve ser estático, e sim, dinâmico.

Nesse contexto, as Instituições de Ensino Superior, podem elaborar outro conceito de Educação, assumindo sua responsabilidade nesse processo histórico. No entanto, “a salvação, a viabilização do país não está apenas na escola democrática, formadora de cidadãos críticos e capazes, mas passa por ela, necessita dela, não se faz sem ela”. (Freire, 1993, p. 88).

Fluxograma da Gestão do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Cesmac, Maceió - Alagoas, Brasil.



Fonte: PPC Graduação Enfermagem Cesmac, 2015

A característica de gestão de uma IES deve ser definida a partir de políticas institucionais balizadas pela missão e valores estabelecidos pelos líderes responsáveis. Desse modo, as pessoas envolvidas na gestão fazem parte dos recursos de uma IES e constituem o

bem mais valioso de qualquer organização que pretende ser bem sucedida, que pode ainda serem complementados por equipamentos, recursos humanos, recursos financeiros e tecnológicos, entre outros (Sousa; Colombo, 2011).

Paulo Freire (2011) ao refletir sobre a formação docente de uma Instituição de Ensino afirmou que “nenhuma formação docente verdadeira pode fazer-se alheada, de um lado, do exercício da criticidade que implica a promoção da curiosidade ingênua à curiosidade epistemológica, e do outro, sem o reconhecimento do valor das emoções, da sensibilidade, da afetividade, da intuição ou adivinhação”.

Face ao exposto, Freire (2011), destaca-se a “função importante de facilitador do professor no processo ensino aprendizagem, exigindo a presença de educadores e de educandos criadores, instigadores, inquietos, rigorosamente curiosos, humildes e persistentes”.

“O educador democrático não pode negar-se o dever de, na sua prática docente, reforçar a capacidade crítica do educando, sua curiosidade, sua insubmissão. Uma de suas tarefas primordiais é trabalhar com os educandos a rigorosidade metódica com que devem se “aproximar” dos objetos cognoscíveis” (FREIRE, p. 13, 2002).

5.2 Análise do tema segurança do paciente no Projeto Pedagógico do Curso (PPC)

Observa-se que curso investigado busca se adequar as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Enfermagem. E essa adequação pode ser evidenciada a partir das competências elaboradas para o curso e apresentadas no quadro 1.

De acordo com essas competências o PPC do Curso de Enfermagem do Cesmac busca atender aos princípios da articulação entre teoria e prática, da interdisciplinaridade, da flexibilidade curricular e da interação entre ensino, pesquisa e extensão. “Essa articulação é entendida como um princípio de aprendizagem que favorece o envolvimento dos discentes com problemas reais, o que o permite sair da simples condição de mero receptor de informações e passa a ser o sujeito da produção desse conhecimento”. (PPC, Cesmac, 2015).

O curso de graduação em Bacharel em Enfermagem do Cesmac tem como principais objetivos: formar profissionais enfermeiros, generalistas com sólido conhecimento nos princípios éticos, científicos da profissão, com visão humanista, criativa, críticas, reflexivas e políticas e, com base nesses princípios visa à promoção ao autocuidado, a manutenção da integridade do indivíduo, família, grupos e comunidade e a avaliação da assistência de enfermagem, atuando em diversos cenários da prática profissional.

Quadro 1. Competências para a formação do enfermeiro segundo o PPC de Graduação de Enfermagem do CESMAC, Maceió –Alagoas, Brasil.

Competências	Descrição no PPC
Atenção à saúde	“O enfermeiro deve ser capaz de interagir com a equipe multiprofissional que integra o sistema de saúde de forma interdisciplinar, integrando conhecimentos e práticas das diversas áreas. Apresentar competência para planejar e implementar ações do cuidado quanto à prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual como coletivo. A sua prática deve ser norteada nos princípios éticos e bioéticos, na assistência humanizada, assegurando a qualidade do cuidar com resolutividade, visando à melhoria da qualidade de vida das pessoas”;
Tomada de decisões	“O profissional de saúde deve estar instrumentalizado para tomar decisões, possuir habilidades para avaliar e sistematizar ações na sua prática com eficácia e eficiência baseadas em evidências científicas”;
Comunicação	“O Enfermeiro deve ter habilidade na interação com o outro, desenvolvendo relações interpessoais evoluídas. A comunicação envolve a expressão verbal, escrita, informatizada, simbólica e gestual em suas diferentes dimensões, norteada por valores que considerem o crescimento do ser humano. Considerando, que a comunicação implica em transmissão de informações e entendimento do sujeito, o Enfermeiro deve ser responsável pelo sigilo e fidedignidade das informações a ele confiadas”;
Educação permanente	“O Enfermeiro deve manter o compromisso permanente com a educação. Este processo engloba a capacitação e atualização enquanto profissional no mundo do trabalho, a fim de qualificar sua prática e ampliar as possibilidades do cuidar em saúde. Considerando o modelo de assistência integral, a educação permanente deve desenvolver competências no cuidar multidimensional considerando as especificidades físicas (orgânicas), psicossociais, socioculturais, políticas, econômicas e espirituais que envolvem a vida”.
Enfermeiro na docência	“Atuar como sujeito ativo no processo de formação profissional, buscando atender aos princípios de uma formação humanística e socialmente constituída, que atenda ao desenvolvimento de habilidades e atitudes visando a excelência do cuidar em saúde. Gerenciar o processo de educação permanente, buscando qualificar os profissionais para o exercício do cuidado com qualidade e integralidade; Realizar e incentivar a Pesquisa Desenvolver, habilidades científicas, através do uso de metodologias ativas que estimulem o raciocínio epistemológico da ciência aplicada. Capacitando-o na aplicação do conhecimento”;
Enfermeiro da Gestão	“Capacitar o profissional para diagnosticar a situação de Saúde, planejar a assistência, avaliar e supervisionar o cuidado, dotando-as de conhecimento que seja capaz de trabalhar com autonomia e liderança na tomada de decisão; Gerenciar as ações de enfermagem, monitorando o processo de trabalho da equipe de enfermagem através da sistematização do cuidado; Aplicar a política pública de humanização da assistência à saúde”.

Fonte: PPC Graduação Enfermagem Cesmac, 2015

Dentre os objetivos específicos e competências retirados do Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem analisado neste estudo, nenhum faz referência ao tema segurança do paciente de forma explícita ou direta. O mesmo se observa na análise dos conteúdos das disciplinas que contemplam a assistência de enfermagem, tais como: atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente I e II, Atenção Integral à Saúde do Adulto e do Idoso I e II, Atenção Integral à Saúde da Mulher I e II, Saúde Mental, Saúde Coletiva III, Práticas Integrativas em Saúde I, II, III e IV, e Estágio Curricular Supervisionado em Rede Básica de Saúde e Hospitalar do 9º e 10º períodos e Ética e Legislação em Enfermagem.

Os resultados permitem inferir que o tema é abordado por meio da transversalidade no Curso de Enfermagem do Cesmac, pois através dela é possível contemplar as questões de interesse comum da coletividade acadêmica, independente da área de conhecimento, que propiciem consistência à formação em Enfermagem.

Portanto, no PPC do curso de enfermagem, “a transversalidade é colocada como fundamental para o debate dos temas contemporâneos como, por exemplo: meio ambiente; etnias; raça; direitos humanos; exercício ilegal da profissão; violência de gênero; controle social; cidadania; preconceito e discriminação; inovação, qualidade e responsabilidade do cuidado em Enfermagem; processo de envelhecimento da população e seus cuidados, redes de atenção à saúde; ética e bioética e, conseqüentemente a segurança do paciente e ainda acrescenta são temas que devem fazer parte da formação profissional do Bacharel em Enfermagem”. (PPC, Cesmac, 2015).

Assim, após a análise criteriosa do PPC do curso de enfermagem do Cesmac, podemos perceber que apesar de não existir uma disciplina que preze pela qualidade da assistência e pela segurança do paciente, esses assuntos são abordados de modo transversal e interdisciplinar; ou seja, quando se fala em cuidados e assistência de qualidade que devem ser prestadas pelo enfermeiro desde a graduação, de forma holística e do cuidar de forma individualizada, deixa de forma implícita a importância da segurança do paciente o qual é o assunto em foco dessa dissertação.

A transversalidade e mais atual a interdisciplinaridade entre componentes curriculares, além de permitir a abordagem de assuntos não contemplados no Projeto pedagógico no curso possibilita uma participação mais ativa e mais crítica por parte do aluno, o que contribui para a democratização do ensino, autonomia do estudante e para melhorar a qualidade do ensino.

De acordo com a pedagogia paulofreiriana, “a consolidação de uma formação democrática é o eixo central do PPC, que traz como proposta a ideia de se construir um

currículo que priorize a participação coletiva, inclusiva, responsável, ética e solidária” (Freire, 2011). De tal forma, que o PPC exerce o papel de orientador das práticas pedagógicas, potencializando as quais que devem ser construídas coletivamente, com intencionalidade clara e bem definida, sob a corresponsabilidade de todos, sinalizando para uma educação emancipatória.

Para Paulo Freire (2011), “[...] mudar a cara da escola implica também ouvir os estudantes, sociedade de bairros, pais, mães, diretores de escola, delegados de ensino, professores, supervisores, comunidade científica [...]”.

5.3 Percepção dos discentes sobre a segurança do paciente

Na Tabela 1 são apresentados os participantes da pesquisa por meio de caracterização dos mesmos quanto ao gênero, raça, faixa etária, renda familiar e estado civil, do curso de Enfermagem.

Tabela 1

Caracterização Sócio Demográfica Dos Discentes Do Curso De Enfermagem De Uma IES, Maceió, AL

Variáveis	Números absolutos (n)	Números percentuais (%)
Gênero		
Feminino	151	93,00
Masculino	11	7,00
Total	162	100,00
Raça		
Negro	20	12,00
Pardo	90	56,00
Branco	47	29,00
Amarelo	2	1,00
Indígena	2	1,00
NDR*	1	1,00
Total	162	100,00
Faixa Etária		
18 a 25	116	71,00
26 a 35	29	18,00
36 a 45	13	8,00
46 a 55	1	2,00
NDR*	3	1,00
Total	162	100,00
Renda Familiar		
2 a 5 salários	106	65,00
Mais de 5 salários	31	19,00
NDR*	25	16,00
Total	162	100,00
Estado civil		
Casado	52	33,00
Solteiro	106	66,00
Divorciado	2	1,00
NDR	0	0,00
Total	162	100,00

*NDR= Não Deseja Responder

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Assim, foi identificado que 93 % dos discentes declararam o gênero feminino, raça parda (56 %), faixa etária de 18 a 25 anos (71%), renda familiar de 2 a 5 salários mínimos (65%), estado civil solteiro (66%). (Tabela 1).

A análise quanto ao gênero identificou o predomínio do gênero feminino com (93,0%,) e com a presença de (7,0%) do gênero masculino. Esse resultado é similar ao apresentado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no ano de 2013, no qual mostrou predominantemente feminina na equipe de enfermagem de (86,20 %) de mulheres. A pesquisa também ressalta um aumento da categoria quando ao gênero masculino nos últimos anos, onde registrou a presença de 13,40 % de homens no Brasil. Em Alagoas esse perfil não é diferente, há o predomínio do gênero feminino com (92,10 %) e (7,70 %) do gênero masculino. (COFEN, 2013).

“Entre as razões que justificam o predomínio das mulheres na enfermagem, estão a trajetória histórica do surgimento do ofício e o modelo de enfermagem implantado no Brasil, no século XX, restringindo o ingresso à profissão apenas às mulheres, embora já se perceba um movimento em relação à inserção de homens na profissão”. (Pereira, 2008, Machado, Vieira & Oliveira, 2012).

Quanto a raça declarada dos discentes do curso investigado a predominância maior foi a parda representando (56.0 %), o que evidencia similaridades com a pesquisa realizada em 2010 pelo IBGE, com (60,8 %). Quando a faixa etária a maioria são jovens com média de idade entre 18 a 25 anos, fato que vai ao encontro ao período de inserção do estudante na Universidade. Já a renda familiar que mais prevaleceu foi a de 2 a 5 salários mínimos. Essa constatação possibilita a inferência de que os discentes de enfermagem estudados pertencem à Classe C, considerada a média classe média. (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013).

Sobre à caracterização dos discentes de enfermagem, vale ressaltar que os entrevistados que estão matriculados a partir do 4º período (25,0%) pertencem ao grupo predominante devido a maior quantidade de discentes matriculados nessa turma. Ademais, (71,0 %) do total dos discentes entrevistados não possuem formação anterior e (65,0%) apenas estuda. (Tabela 2).

Nesse contexto, vale ressaltar que na conjuntura atual do referido curso de enfermagem, das 60 vagas oferecidas por período de acordo com a instituição, somente (17,0 %) são preenchidas no 10º período (28 discentes matriculados). Essa situação traz a tônica várias nuances que influenciam na quantidade de formandos, tais como o aumento das

ofertas de cursos de graduação de enfermagem no estado, preços mais acessíveis de mensalidades oferecidos por outras instituições, opção de curso noturno, tornando –se uma opção mais viável para quem além de estudar, precisa trabalhar para o seu próprio sustento e/ou de sua família.

Quanto a ser questionado se possuem formação anterior, somente (29,0%) dos participantes responderam que sim. Contudo, esse percentual revela significativo diante da incidência de uma faixa etária tão jovem. (Tabela 2).

Tabela 2

Caracterização Dos Discentes Do Curso De Enfermagem De Acordo Com O Período, Formação Anterior E Ocupação, Em Uma IES, Maceió - AL

Variáveis	Números absolutos (n)	Números percentuais (%)
Período		
4º Período	41	25,00
5º Período	11	7,00
6º Período	15	9,00
7º Período	19	12,00
8º Período	22	14,00
9º Período	26	16,00
10º Período	28	17,00
Formação Anterior		
Sim	47	29,00
Não	114	71,00
Ocupação		
Apenas estuda	105	65,00
Estuda e trabalha	56	34,00
Possui estágio extracurricular	13	8,00

*NDR= Não Deseja Responder

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Outras informações relevantes oriundas desse estudo, revelam uma variedade de cursos que já concluídos, dentre os quais destacam-se os Cursos de Administração em empresas, Direito, técnico em enfermagem, cuidador, vendedora, analista de sistema, cabeleireira, técnico em radiologia, licenciatura em Biologia, Analista químico, Socorrista e técnico administrativo. Diante deste perfil podemos destacar apenas três cursos com afinidade com Enfermagem, como os cursos de Técnico em Enfermagem, Socorrista e Cuidador.

O que surpreende é que apenas (8,0%) do total dos participantes encontraram-se em estágio extracurricular, um número muito pequeno visto que, existem várias instituições de saúde com vagas disponíveis em processo seletivo para tal atividade. O aluno no estágio extracurricular consegue desempenhar e realizar inúmeras ações e procedimentos relacionado a segurança do paciente, compartilhar e discutir situações problema com a

equipe multiprofissional relacionada ao tema contribuindo de forma fundamental para o conhecimento profissional e formação acadêmica.

Na Tabela 3 podemos observar o nível de satisfação sobre a instituição pesquisada assim como os docentes do curso. Em relação ao nível de satisfação do estudante sobre o curso de enfermagem, (44,0%) declararam o curso muito bom, (27,0%) excelente, e (23,0 %), satisfatório. A soma percentual para a satisfação considerada regular, ruim e não deseja responder acumulou (6,0 %) no total. Essa constatação evidencia que o nível de satisfação dos discentes de enfermagem com o curso de graduação oferecido na Instituição é elevado e mesmo é observado em relação aos docentes, sendo o percentual de (31,0 %) considerado Muito bom e (28,0 %), Satisfatório. (Tabela 3).

Tabela 3

Nível De Satisfação Do Estudante Do Curso De Enfermagem De Uma Instituição Privada De Ensino Superior, Maceió-AL

Variáveis	Números absolutos (n)	Números percentuais (%)
Nível de satisfação do curso		
Excelente	44	27,0
Muito bom	71	44,0
Satisfatório	37	23,0
Regular	3	2,0
Ruim	1	1,0
NDR	4	3,0
Nível de satisfação sobre os docentes do curso		
Excelente	29	18,0
Muito bom	50	31,0
Satisfatório	44	28,0
Regular	29	18,0
Ruim	1	1,0
NDR	7	4,0

*NDR= Não Deseja Responder

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Quanto ao nível de satisfação do curso, se considerarmos a opinião excelente (27,0%), muito bom (44,0%) e satisfatório (23,0%), totalizaremos (94,0%) de opinião coletada. Da mesma forma posso relatar sobre o nível de satisfação com os docentes, totalizando (77,0%). (Tabela 3).

Na tabela 4 é apresentado a opinião dos participantes sobre os conceitos bases relacionados a Segurança do Paciente, dos quais (46,0 %) dos entrevistados concordaram totalmente com o conceito de risco e (40,0 %) com o conceito de segurança do paciente. Em relação à concordância com os conceitos bases, 55,0 % concordaram com o conceito descrito de evento adverso; (45,0 %) com risco; (57,0%) de dano; (44,0 %) de segurança do paciente e (43,0 %) de acreditação hospitalar. (Tabela 4).

Quanto ao conceito sobre evento adverso, um número muito significativo, ou seja 55,0% é conhecedor do que o mesmo se refere. Mas em contrapartida, o considerável percentual (17,0%) de participantes que não responderam à questão chamou a atenção (Tabela 4), assim como também sobre o conceito de acreditação hospitalar, esse percentil sem resposta chegou a 24,0% pois isso leva a crer que estes participantes não possuem conhecimento nenhum sobre o assunto.

Tabela 4

Definição De Conceitos Relacionados A Segurança Do Paciente Pelos Discentes De Graduação De Enfermagem Em Uma IES Privada, Maceió – AL

Variáveis	Concorda totalmente		Concorda		Discorda		Discorda totalmente		NDR*	
Evento adverso	26	16%	89	55%	17	10%	3	2%	27	17%
Risco	75	46%	72	45%	9	6%	1	1%	4	2%
Dano	58	36%	92	57%	4	3%	2	1%	5	3%
Segurança do paciente	64	40%	71	44%	14	9%	5	3%	7	4%
Acreditação hospitalar	18	11%	69	43%	29	18%	7	4%	38	24%

*NDR = Não desejo responder

Fonte: Dados da pesquisa, 2019

A tabela 5 revela sobre o conhecimento dos participantes quanto a importância em realizar práticas seguras relacionadas a segurança do paciente. Quando o pesquisador relata sobre a notificação do evento adverso, a maioria dos participantes descrevem concordar, cerca de 47,0% com essa notificação, levando a crer que os mesmos sabem da importância da notificação para com a continuidade de exercer práticas de forma cada vez mais segura.

Ao relatar sobre o protocolo de higienização das mãos realizado por profissionais e acompanhantes para a redução de infecção, os participantes desse estudo se mostram conhecedores da sua importância, destacado por 72,0% ao concordarem totalmente com a realização desta prática. (Tabela 5).

Um total de 59,0% dos participantes também concorda que o envolvimento do próprio paciente e familiares diante do processo saúde-doença, cuidados e reabilitação, reduz o risco à saúde para com o mesmo (Tabela 5). Assim percebemos que o paciente também é peça chave para a contribuição de sua recuperação e na redução de danos, os quais podem ser completamente evitados.

Cerca de (79,0%) dos participantes concordam totalmente sobre a influência da boa comunicação entre a equipe multiprofissional para com a segurança do paciente.

Em relação a identificação segura do paciente, incluindo mais alguns dados, além do nome foi aceito por 60,0% dos participantes. Revelando – se de fundamental importância na representatividade da identificação segura. (Tabela 5).

Quando o participante foi abordando sobre a ilegibilidade da prescrição médica e a necessidade de questionamento da mesma a um colega que possui mais experiência, os respondentes ficaram divididos em suas respostas, apresentando um percentual de 33,0% que denotava discordar desta atitude; 15,0% que concordavam totalmente, somado a um percentil de 23,0% que concordavam com a atitude em questionar a ilegibilidade a um colega mais experiente sem ser o autor da prescrição médica. (Tabela 5).

Esse panorama revela a fragilidade dessa situação e a suscetibilidade de indução ao erro nesse tipo de apoio (interpretação de uma prescrição), elevando a 50% o erro de administração de medicamento e que poderá levar até a morte de um paciente submetido a essas condições. (Tabela 5).

A prescrição legível, é de exclusiva responsabilidade do profissional prescritor que a elabora, entretanto, a interpretação da mesma compete a farmacêuticos, enfermeiros e técnicos em Enfermagem, ou até mesmo ao próprio paciente levando em consideração a administração deste medicamento em domicílio. Portanto, obediência aos “certos” envolvidas no preparo e administração de medicamentos contribui para segurança do paciente.

Ao ser questionado quanto a culpabilidade do erro na administração de medicamentos ser apenas da enfermagem, cerca de 43% diz discordar, mas uma parcela de 25% concorda e 9% concorda totalmente com a responsabilidade restrita a enfermagem, ou seja para quem administrou.

Quanto ao risco de queda, cerca de 35,0% dos participantes concordam totalmente que ele existe, mas uma parcela importante de 27,0% discorda sobre todo os pacientes possuírem o risco de queda. Esse percentil leva a crer que os discentes percebem a estratificação do risco de queda como sendo uma medida de prevenção correta. Esse risco deve ser estratificado na admissão e, para prevenir as quedas, além do paciente e o acompanhante serem orientados quanto a esse risco, o paciente deve ser identificado através de pulseira como medida de prevenção. (Tabela 5).

Sobre a mudança de decúbito com a avaliação da pele, hidratação, dispositivos e fatores que venham a influenciar a incidência de lesão por pressão podem ser reduzidos diante da realização de vigilância para com esses, 51,0% dos discentes concordaram totalmente que as observações de todos esses fatores influenciam na redução da incidência de lesão por pressão. (Tabela 5).

Quanto o conhecimento do estudante sobre a importância dos familiares e acompanhantes receberem orientações quanto aos riscos pertinentes ao paciente, (96,0 %) dos respondentes consideram importante. E, quando questionados, (88,0 %) dos discentes concordaram com a importância do envolvimento do paciente e familiares favorece a redução de riscos à saúde. (Tabela 5).

Tabela 5

Conhecimento Do Estudante De Graduação Em Enfermagem De Uma IES Privada Sobre Práticas Seguras, Maceió – AL

Variáveis	Concorda totalmente		Concorda		Discorda		Discorda totalmente		NDR*	
Notificação sobre evento adverso	66	41%	77	47%	11	7%	0	0%	8	5%
Protocolo para higienização das mãos para redução de infecções	117	72%	36	22%	4	3%	2	1%	3	2%
Identificação segura do paciente com mais dados além do nome	96	60%	52	32%	10	6%	2	1%	2	1%
Boa comunicação entre a equipe	129	79%	27	17%	3	2%	3	2%	0	0%
Ilegibilidade na prescrição médica deve ser questionada a um colega que possui mais experiência	24	15%	37	23%	52	33%	39	25%	7	4%
Em erros na administração de medicamentos, o profissional de enfermagem que administrou é o único culpado	15	9%	40	25%	68	43%	29	18%	8	5%
Todo paciente possui o risco de queda	57	35%	46	29%	43	27%	7	4%	8	5%
Vigilância durante a mudança de decúbito pode reduzir a incidência de lesão por pressão	83	51%	58	36%	12	7%	3	2%	6	4%
Familiares e acompanhantes devem receber orientações quanto aos riscos pertinentes ao paciente	97	60%	59	36%	4	3%	0	0%	2	1%
Envolvimento do paciente e familiares favorece a redução de riscos à saúde	47	29%	96	59%	9	6%	4	2%	6	4%

*NDR = Não desejo responder.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019

“A alta incidência de eventos adversos nas instituições hospitalares, frequentemente ocasionados pelo erro humano, levanta a necessidade de repensar os modelos assistenciais utilizados, a fim de garantir a segurança do paciente”. (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000).

Segundo ainda esse autor, “o erro pode gerar diversas consequências, desde um desconforto, uma estadia longa na instituição de saúde, ao óbito”. Por esse motivo é importante enfatizar a necessidade de notificação do evento adverso para então ser discutido pela equipe multiprofissional a resolução do processo, assim reduzindo o risco e consequentemente o erro. (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000).

“No Brasil, as discussões sobre a temática foram iniciadas em 2002 com a criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que possui participação voluntária e tem como finalidade notificar eventos adversos, os quais são peças chaves para a avaliação e resolução dos processos que envolvem as queixas técnicas referentes à tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância”. (Ministério da Saúde, Brasil, 2010).

“Um estudo realizado em um hospital público no município do Rio de Janeiro, com o objetivo de saber a ocorrência de evento adverso medicamentoso em um período de 90 dias, envolvendo 112 pacientes, evidenciou a ocorrência de 16 EAM medicamentoso, sendo constatado também que o risco para evento adverso varia de acordo com o tempo de internação e com o sexo do paciente atendido. Nos períodos mais curtos de internação, os pacientes do sexo masculino têm uma sobrevida mais elevada, entretanto, a partir de 30 dias de internação o padrão inverte”. (Roque & Melo, 2011).

Evidentemente, quanto maior o tempo o qual o paciente fica internado e exposto a procedimentos e contato com a equipe de saúde, maior o número de intervenções realizadas para com o mesmo e, consequentemente, maior a possibilidade em ocorrência em eventos adversos. Há, portanto, necessidade de estimular as notificações dos eventos adversos, não para punição, mas como possibilidade de detectar as falhas e corrigi-las através de treinamento. Recomenda-se o “uso da tecnologia que facilite a notificação de maneira a otimizar as soluções”. (Duarte, Stipp, Silva, & Oliveira, 2015).

“Em estudo realizado em um hospital da Rede Sentinela do estado do Rio de Janeiro, mostrou taxas de erros muitas no preparo e administração de medicamentos em torno de 70% em todas as unidades desse hospital”. (Camerini, & Silva, 2011). Para evitar esses erros a semiotécnica realizada com foco da administração de medicamentos deve ser amplamente criteriosa com a checagem relacionada a droga, desde a conferência da mesma, a manipulação de maneira asséptica e preparo adequado, além é claro de tudo que envolve o paciente. “As altas taxas de erros podem ampliar no comprometimento da segurança

microbiológica do procedimento, aumentando as chances de danos ao paciente e o risco a infecções hospitalares”. (Camerini, & Silva, 2011).

“Em todos os protocolos de PNSP existem indicadores propostos para monitorar a sua implantação. Um dos protocolos recomendados é o da higienização das mãos, que foi escolhido em virtude da sua relevância da redução das Infecções Relacionadas com a Assistência à Saúde (IRAS)”. (Ministério da Saúde, PNSP, Brasil, 2013).

“Para Boyce et al., 2002, as mãos dos profissionais de saúde podem adquirir microrganismos multirresistentes através do contato direto com pacientes colonizados ou infectados por esses agentes, como também em procedimentos laboratoriais pela proximidade com o meio ambiente ou superfícies próximas ao paciente, assim como também os fômites”. “A implantação de ações de segurança do paciente para evitar IRAS, através da adesão à higienização das mãos e prevenção da transmissão cruzada de microrganismo multirresistente é essencial”. (Janotti, L., & Mendes Junior, W. (2018, p196). É tanto, que essa medida é tida como muita efetiva na prevenção de infecções”. (Centers For Disease Control And Prevention (CDC), (2002).

De acordo com Rotter (2004), “pesquisa demonstrou que no procedimento de higienização básica das mãos com água e sabonete, por um período de 15 segundos, houve redução bacteriana em torno de 0,6 a 1,1 log10, e naquele praticado durante 30 segundos houve diminuição de 1,8 a 2,8 log10. Aumentando-se o tempo de higienização das mãos para um minuto, a restrição microbiana foi de 2,7 a 3 log10”, evidenciando o papel essencial da higienização adequada das mãos na redução da carga bacteriana e, conseqüentemente, na prevenção de infecções nos paciente e cuidadores.

Por outro lado, “Um estudo revelou o contágio por *Pseudomonas aeruginosa*, tendo como possível fonte a pia, quando a água contaminada desta espirrou nas mãos do profissional de saúde. Deve-se ter sempre a atenção durante a utilização da pia, assim como observar a necessidade de higienização da mesma”. (Kampf, & Kramer, 2004).

Segundo Larson (2004), “o principal problema da higienização das mãos não é a falta de bons produtos, mas sim a desleixo dessa prática”. Ele ainda complementa, “caso o profissional não realize a higienização das mãos por qualquer razão, assim como: falta de tempo, indisponibilidade de pia ou produto, ausência de papel toalha ou qualquer outra coisa que venha dificultar a realização da técnica, o resultado deixa a desejar, não importando quão eficaz seja o produto para a redução microbiana das mãos contaminadas”.

“Um estudo clínico tipo cruzado (crossover) conduzido em uma UTI neonatal, durante 11 meses, demonstrou que não houve diferença estatisticamente significativa nas taxas de infecção, comparando o período de higienização simples das mãos (com água e sabonete) com o período em que se utilizou a preparação alcoólica”. (Larson et al., 2005).

Estudos confirmam uma tendência crescente na aceitação de preparações alcoólicas na prática clínica. (Kramer et al., 2002; Kampf; & Ostermeyer, 2004). Por outro lado, estudos também mostram que as preparações alcoólicas sob a forma gel podem não ser tão efetivas quanto as soluções, ao serem utilizadas por um período muito curto”. (Kramer et al., 2002). Outros estudos, também sugere que algumas composições alcoólicas podem perder a eficiência após dez usos consecutivos”. (Kampf & Ostermeyer, 2004).

Diante da evidência desses estudos, a Anvisa orienta a realização da higienização das mãos com água e sabão apenas quando houver sujidade aparente, caso contrário a higiene deve ser realizada com solução alcoólica à 70% associando a eficácia com a utilização de fricção como mostra a técnica na imagem abaixo.



Figura 1. Higienização das mãos

Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde –BVS/MS, 2019

Percebe-se nas imagens divulgadas pela Anvisa que não existe mais a etapa da higienização dos punhos nem quando se usa apenas sabão e água e nem na técnica com a

solução alcoólica. Pois, de acordo com o Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente – IBSP (2019) relata que durante a realização da etapa da lavagem de palma dorso, os punhos já são higienizados, tornando desnecessário a lavagem dos punhos, visando assim, a redução do tempo da lavagem básica das mãos.

Acredito que cada etapa executada durante a realização da lavagem básica das mãos é de fundamental importância para que a mesma torne limpa e livre de microrganismos patógenos da microbiota transitória. Constatando a eficácia de todos os passos quando ministro aula de lavagem básica utilizando a metodologia ativa na prática com tinta guache e os olhos do aluno vendando; desta forma percebemos na prática de maneira visual as partes negligenciadas e na maioria das vezes constatamos o punho, mostrando para o aluno o qual encontra-se no processo de ensino - aprendizagem a importância de todas as etapas a serem cumpridas.

A (OMS, 2011), “recomenda que as instituições de saúde desenvolvam e executem programas e protocolos com ênfase na responsabilidade dos trabalhadores para identificação correta do paciente, padronizem o uso de pulseiras de identificação e com estas contenham ao menos dois elementos qualificadores, contraindicando os números de quartos ou leito. Acarreta, também a inclusão de educação continuada dos profissionais de saúde na conferência no processo de identificação dos pacientes e a participação efetiva dos usuários e familiares no processo”.

A identificação segura para o paciente que esteja internado na instituição de saúde deve ser respeitada e acionada de forma qualitativa. Assim, como a própria OMS determina, podemos destacar a identificação deste paciente com letra legível; pulseira com identificação segura do paciente contendo alguns dados, tais como: nome completo do paciente, data de nascimento, nome e sobrenome da genitora), diminuindo desta forma a condição do erro relacionado a troca, e paralelamente a esse cuidado deve ser realizado de forma educativa, a orientação para a equipe multiprofissional sobre a checagem relacionada ao nome do paciente ao realizar qualquer intervenção ao mesmo.

No Reino Unido, um protocolo publicado pela *National Health Service -NHS*, (2018), indica que todos os pacientes hospitalizados sejam identificados com pulseira, conhecida como “banda ou braceletes” de identidade. “O uso das pulseiras de identificação de pacientes reduz a taxa de erros, mas a falta de exatidão dos dados contidos nas mesmas pode causar confusão e aumentar o risco da ocorrência de eventos adversos”. (Perry, D.C; Scott, S.J, 2007, p. 160).

“Acredita ser necessário, além da padronização de ações, instituir a avaliação da qualidade dos serviços, considerando os aspectos de estrutura, dos processos, bem como mensurar e divulgar os resultados minimizando os riscos advindos da identificação incorreta dos usuários, os quais culminam, na maior parte das vezes em agravos à saúde, retratados pelas morbidades ou mortes”. (Tase, T. H, et al 2013, p 196 a 200,).

Para Oliveira et al. (2014), “A falha na comunicação entre os profissionais da equipe de saúde implica em dano ao paciente e se caracteriza por uma irregularidade no processo assistencial, falta de agregação entre os membros que assistem o paciente e também incoerência na conduta”.

Uma comunicação eficiente entre a equipe multiprofissional contribui para com a segurança do paciente. É através da boa comunicação realizada durante a passagem de plantão, ou em visita multiprofissional que os profissionais envolvidos discutem sobre estado clínico e melhor conduta para o paciente de maneira integral com o intuito de oferecer uma continuidade da assistência presando pela qualidade e manutenção da saúde de maneira segura evitando eventos adversos e possíveis erros.

“A comunicação efetiva entre os membros da equipe de saúde acontece quando há contato visual, escuta ativa, confirmação da compreensão da mensagem, liderança clara, envolvimento de todos os membros da equipe, discussões saudáveis de informações pertinentes e a competência de antecipar com precisão problemas futuros”. (Johnson, H.L, 2012).

Em estudo realizado por Guzinsk et al, (2019), “com pacientes ortopédicos constatou-se que a comunicação a beira do leito já não possuía efetividade significativa perante a segurança do paciente, mas percebeu algumas falhas e então foi que utilizou uma técnica em round. Esta considera a constatação de situações evitáveis quanto à evolução dos quadros. Através dela, percebeu-se a necessidade de estruturar um *round* interdisciplinar com discussão semanal de característica ampliada em aspectos assistenciais, com otimização do tempo e foco no paciente”.

Portanto, quando a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional é efetiva, isso contribui para o acompanhamento, tratamento e reabilitação do paciente. De tal forma que cada membro da equipe possui importância igualitária para a formação de um plano de cuidado individualizado em prol da boa recuperação e segurança do paciente.

“Para prevenir erros, as prescrições hospitalares devem ser legíveis, de preferência digitadas, não apresentar nenhum equívoco, datadas e assinadas com clareza para facilitar a

comunicação entre o prescritor, o farmacêutico e o enfermeiro”. (Luiza, V.L; & Gonçalves, C.B.C, 2004, p 86- 95).

Erro de medicação advindo das prescrições médicas pode ser determinado como uma ocorrência evitável. Assim, tem se tornado motivo de preocupação entre os gestores e as instituições de saúde, podendo levar ao uso inadequado dos medicamentos. “Os erros mais comuns e os mais sérios podem causar danos e prejuízos variados a um paciente desde a sua extensão em uma unidade hospitalar com sequelas trágicas até a necessidade de intervenção diagnóstica e/ou terapêutica”. (De Souza, et al. 2014).

“Em um estudo realizado em uma unidade de pronto atendimento (UPA) em Juiz de Fora- MG no ano de 2016, envolvendo 1.798 prescrições tendo como um dos objetivos avaliar a legibilidade dessas prescrições, mostrou que das 1798 prescrições 307 (17,07%) delas estavam ilegíveis devido à má qualidade ou ao uso excessivo do carbono e 263 (14,63%) prescrições eram “duvidosas” pela caligrafia muitas vezes indecifrável, já as datas estavam ausentes em 781 (43,44%) prescrições”. (Moura, S.N.C, 2018).

Esse estudo, evidencia que erros na prescrição de medicamentos são mais comuns. É, por conseguinte, essencial para evitar esses erros, “a identificação dos pontos frágeis dos processos e o desenvolvimento de medidas que garantam maior segurança para o paciente e profissionais envolvidos. Prescrições incompletas e/ou ilegíveis dificultam a eficiência da dispensação e da administração dos medicamentos, colocando em risco a qualidade da terapêutica dos pacientes”. (Moura, S.N.C, 2018).

Diante ainda desses estudos, podemos perceber a importância de cada profissional para evitar esses erros, desde a prescrição, dispensação, preparo e administração dos medicamentos. Para isso percebe-se que é de fundamental importância a vigilância contínua nas instituições de saúde para se perceba a partir de evidências a fragilidade em cada serviço, e desta forma realizar um diagnóstico situacional e assim um plano de ação de caráter multiprofissional, pois cada profissional possui sua contribuição e responsabilidade perante a cultura de segurança do paciente.

O erro pode acontecer devidos erros no processo de gestão, ou seja, em protocolos institucionais, ou na maioria das vezes a ausência ou grandes lacunas nos mesmos, desta forma deixando quem administra em uma posição de maior fragilidade para a concepção do erro.

“Segundo o *National Council for Medication Error Report and Prevention*, erros de medicação são definidos como eventos preveníveis capazes de causar ou facilitar o uso

inapropriado de um medicamento, levando ou não danos ao paciente, enquanto o medicamento está sob o controle do profissional de saúde, paciente ou cliente”. (Hurme, E; & Pourciau, C.A, 2001).

“O aparecimento diário de infinitos fármacos, o incomensurável avanço tecnológico e da indústria farmacêutica, faz da administração medicamentosa uma empreitada que requer por parte dos profissionais de saúde uma atenção e sentido de responsabilidade acrescidas”. (Anacleto, 2010).

“Assim conhecimentos farmacológicos, de anatomia, fisiologia e capacidade técnicas alusivas ao circuito de medicamentos e estabelecimento de protocolos, são imperativas prioridades da formação acadêmica/profissional do enfermeiro”. (Brás, Neto, & Anes, 2012, p 126).

“A prioridade dada à relação dialógica no processo de ensino aprendizagem, que favorece o respeito à cultura do aluno, a valorização pelo conhecimento do educando, é sem dúvida o ponto de partida do trabalho da escola e do professor, pois a participação do aluno não deve ser entendida de forma simplista. Se a escola pretende se tornar democrática, precisa ouvir o estudante, ajudá-los a utilizar bem os saberes, prepará-los para uma vida mais produtiva pessoal e profissionalmente e, sobretudo, conscientizá-los para a transformação da realidade”. (Freire, 2006).

Face ao exposto, considerando o pensamento paulofreiriano, o ensino adequado e contextualizado sobre segurança do paciente no período da formação (teórico – prática) do enfermeiro proporcionará ao mesmo as melhores condições objetivas para uma atuação profissional capaz de atender às necessidades de saúde dos pacientes, família e comunidade.

A falta não apenas de competências relacionadas ao ato da administração do medicamento, mas também relacionadas ao armazenamento, o transporte adequado e ilegibilidade em prescrições são fatores contribuintes aos danos podendo levar até o óbito. Desta forma se faz necessário uma vigilância contínua, uma comunicação eficaz e uma educação permanente a equipe multiprofissional, ou seja, todos aqueles que de alguma forma possui contato direto ou indireto com medicamento.

Algumas orientações podem auxiliar a segurança do paciente são: quanto a administração de um medicamento: certificar-se sobre o paciente, a droga, a ação da mesma, efeito adverso, identificar uma reação inesperada e saber conduzir, observar rótulo, integridade da embalagem, validade, aspecto e estabilidade, o diluente e dose adequada, certificar-se sobre a armazenamento adequado visto que, existem muitos medicamentos os

quais devem ser armazenados em refrigeração de 2 a 8 C°, ou proteção a radiação solar, como também a interação medicamentosa; além é claro da via, local e dose corretas; não esquecendo da data prescrita, do registro a realizar, o qual é um documento destinado ao complemento a comunicação multiprofissional assim resguarda legalmente o ato executado e a orientação junto ao paciente ou cuidador deixando-os cientes, desta forma contribuindo com a sua própria segurança.

Assim, podemos perceber que quanto mais informatizada a prescrição estiver, menor será o risco de erros relacionados. Diante disso, é imprescindível que a prescrição esteja revisada e dialogada pelos profissionais envolvidos, desde o farmacêutico, médico, enfermeiro, fisioterapeuta, técnico em enfermagem e, até mesmo, pelo paciente ou cuidador.

Vale lembrar que hoje esse paciente é de responsabilidade do hospital ou unidade de saúde, mas cedo ou tarde receberá alta e em domicílio os cuidados com a medicação continuam e não haverá supervisão de um profissional. Assim, constata-se a necessidade educativa e colaborativa do paciente, cuidador e familiares no ambiente da unidade de saúde, para que o processo seguro se concretize com eficiência, continuidade e que venha ser estabelecido com um plano de cuidados domiciliar produzido pela equipe multiprofissional.

Um outro evento adverso relacionado a segurança dos pacientes referem-se a queda durante a hospitalização. “A Agência Nacional de Vigilância Sanitária publicou um boletim onde levantou 9.423 falhas na assistência de diferentes estabelecimentos de saúde. Destes, 3.600 (38,2%) se referem à queda sendo a segunda causa de notificações. As causas mais comuns são perda do equilíbrio, seguida de escorregar e síncope. Os mobiliários também colaboram, sendo queda da cama a mais notificada seguida de quedas no banheiro e da cadeira”. (ANVISA, 2016).

Segundo (Hunderfund, Sweeney, Mandrekar, Johnson & Britton, 2011, p 19 -24), “as quedas de pacientes hospitalizados decorrem de causas multifatoriais, tanto intrínsecas quanto extrínsecas o que inclui, comumente, a instabilidade para a caminhada; alteração do estado mental; incontinência urinária e/ou fecal; uso de drogas psicoativas; história prévia de queda e falta de segurança do ambiente, esta que está relacionado com a cama com a grade baixa e campainha longe do paciente”.

Conforme (Inoue, Matsuda, Melo, Murasaki & Hayakawa, 2011, p 460-466), “em um estudo multicêntrico, realizado em unidades de internação clínica e cirúrgica de dois hospitais públicos de ensino na região sul do país, com 374 pacientes do hospital A e 933 pacientes do hospital B, constatou-se que o risco de queda esteve presente em mais da metade

dos pacientes dos dois hospitais, com 60,4% no hospital A e 51,1% no hospital B; com um maior índice em homens com idade inferior a 60 anos e com doença neurológica”.

Quando há o reconhecimento sobre a possibilidade da maior incidência relacionada ao fator de risco queda diante de estudos os quais evidenciam o evento adverso, fica mais prático a realização de tomada de atitude junto com a equipe multiprofissional para que torne uma cultura de segurança do paciente ainda mais eficiente.

Dentre às ações de prevenção para queda do leito dos pacientes, sugerem-se: “realização de orientação e supervisão constante do paciente e familiar/acompanhante sobre como e quando levantar-se da cama e caminhar; manutenção da campainha e luz de cabeceira de fácil acesso; cama em disposição baixa e/ou com escada e; existência de travas nas rodas das camas e demais mobiliários do quarto”. (Schwendimann, Bühler, De Geest & Milisen, 2006).

Outro problema muito comum são as lesões por pressão. Estas poderiam ser evitadas se a qualidade da assistência fosse de melhor predicado e se implementado protocolos de prevenção. Segundo a Resolução nº 510 de 2015, “o profissional de enfermagem tem apoio técnico para avaliação, classificação e tratamento das lesões cutâneas nos diferentes níveis de assistência à saúde, capacidade para atuar como vigilantes na prevenção e no tratamento dessas lesões, atuar no desenvolvimento de protocolos e, juntamente com a equipe de saúde, planejar estratégias de cuidados que possam promover um melhor atendimento e uma maior qualidade de vida para o paciente”. (COFEN, 2015).

Uma pesquisa realizada no hospital municipal de Quixadá- Ceará-Brasil, sobre a avaliação da qualidade das intervenções realizadas pela equipe de enfermagem na prevenção de lesão por pressão (LPP), apontou as seguintes causas para o alto índice dessas lesões nos pacientes: “90% relatam a superlotação; 86% afirmaram faltar tempo para programar uma assistência integral e 69% relataram sobre a falta de recursos materiais; 50% dizem não possuir conhecimento das etapas essenciais para prevenção de LPP e 60% relataram ausência de capacitação continuada”. (Gomes, R., Moraes, M., Maniva, S., & Holanda, R; 2018).

Diante dos resultados dessa pesquisa, podemos perceber a importância da implementação da educação permanente, assim como a comunicação efetiva e educativa com os profissionais os quais fazem parte do serviço e com a gestão e setor de qualidade do hospital, com a finalidade de identificar falhas na assistência e propor soluções para reduzir esse problema e melhorar a qualidade da assistência.

“Embora a Educação Permanente em Saúde seja apontada como estratégia para a promoção da melhoria da gestão e do cuidado, os enfoques educativos, com base na EPS, incorporam o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem, tornando – se um desafio frequente a toda equipe de saúde”. (Freire, 2011).

Segundo Silva Thiago, Wegner Wiliam & Pedro Eva Neri (2012), “nos cenários de atenção em saúde, as informações são aspectos importantes para garantir a segurança do paciente”. Quando a comunicação não é estabelecida de forma efetiva, e ativa pelos profissionais, pacientes, familiares/cuidador, é possível que resulte em danos, principalmente dentro de uma uti pediátrica, onde as informações devem ser complexas e detalhadas”. (Silva Thiago, Wegner Wiliam & Pedro Eva Neri, 2012).

“As informações transmitidas aos familiares são de fundamental importância para que os mesmos sintam-se mais acolhidos e seguros diante desses momentos de angústias, os mesmos devem estar cientes dos riscos pertinente de cada procedimento, permitindo que o familiar possuía uma vigilância contínua colaborando para a segurança de seu ente querido”. (Silva Thiago, Wegner Wiliam & Pedro Eva Neri, 2012).

“Durante o ensino na graduação em enfermagem devemos deixar claro a importância do familiar/cuidados diante do direito de saber o que está acontecendo e o papel em apoiar a equipe na cultura da segurança do paciente, contribuindo diretamente na redução de danos”. (Sabatés, A.L; & Borba, R.I.H; 2005).

A seguir a tabela 6 revela sobre o conhecimento dos participantes diante dos riscos do paciente no centro cirúrgico. A maioria dos estudantes, cerca de (42,0%) discordam que o centro cirúrgico é o local mais passível a erros, mas um número significativo de estudantes, ou seja 32,0% concordam que esse setor é um local mais passível a erro; diante dessa análise leva a crer que existe uma divergência de opiniões diante deste assunto.

Tabela 6

Conhecimento Do Estudante De Graduação Em Enfermagem De Uma IES Privada Sobre Os Riscos Do Paciente No Centro Cirúrgico, Maceió – AL

	Concorda totalmente		Concorda		Discorda		Discorda totalmente		NDR*	
O centro cirúrgico é o local mais passível a erros	16	10%	51	32%	67	42%	15	9%	11	7%
O paciente ao entrar no centro cirúrgico dever	94	59%	58	36%	7	4%	0	0%	2	1%

ser realizado o checklist de cirurgia segura										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*NDR = Não desejo responder

Fonte: Dados da pesquisa, 2019

“Um dos fatores que pode representar uma barreira na comunicação efetiva entre os profissionais que atuam na sala de operação e comprometer a segurança do paciente, aumentando o risco de danos ao paciente é o estresse dos profissionais”. Por outro lado, “a inexperiência e a pouca proximidade com os equipamentos, a má comunicação entre os membros da equipe, a pressa, a desatenção e a fadiga também contribuem para a ocorrência de eventos adverso”. (OMS, 2009).

“O cotidiano do centro cirúrgico requer profissionais habilitados tecnicamente, inclusive no aprimoramento da comunicação; esta, quando ineficaz, causa falhas nas relações, aumentando número de erros e, conseqüentemente, o estresse no setor, reduzindo a eficácia da equipe”. (Pereira, M.C.M.A.P, 2010).

O centro cirúrgico (CC) é um ambiente potencialmente de risco de eventos adversos para os pacientes decorrentes das intervenções médicas e de enfermagem. “Na maioria das vezes está sedado ou anestesiado e dependendo, portanto, de outros para salvaguardar seu bem estar e sua integridade diante de potenciais riscos previsíveis, os quais devem ser evitados a todo custo, uma vez que são de responsabilidade do profissional de saúde que assiste o paciente garantir uma assistência de qualidade e humanizada”. (Silva, M.A; & Freitas, G.F; 2007).

De acordo com a Souza, Lorena Pereira & et al. (2011), “a maioria dos eventos adversos registrados se relacionam à assistência, resultando em danos graves aos pacientes, incluindo o óbito. No entanto, em nenhum dos EAs registrados descreviam as condutas profissionais frente ao ocorrido”. “O número de eventos encontrados nos registros é insuficiente, quando comparados à alta demanda e rotatividade do CC, inferindo à subnotificação, o que dificulta o gerenciamento de riscos e o planejamento de estratégias de prevenção”. (Souza, Lorena Pereira & et al., 2011).

Quanto a realização de check list para cirurgia segura ao paciente entrar no centro cirúrgico, (59,0%) os participantes concordam totalmente com este ato e (36,0%) concordam; diante desses números podemos perceber que o estudante sabe sobre a importância em realizar uma abordagem significativa na indução pré- anestésica. “Ações de segurança do paciente são aquelas, produzidas por instituições de saúde e de ensino, que

visam a redução ou eliminação de riscos na assistência que podem causar danos ao paciente”. (OMS, 2009).

Para Purim et al., (2019), “o gerenciamento de conflitos comuns nos cenários cirúrgicos (estresse, entre outros) requer que o professor valorize o que é relevante, cobre resultados de forma clara e coerente, forneça *feedback*, faça intervenções pedagógicas e articule relações com a prática profissional buscando promover ambiente e atos seguros”.

A OMS em 2009, durante o segundo desafio global para segurança do paciente: cirurgia segura salvam vidas, recomenda com o objetivo de promover a melhoria da segurança cirúrgica e reduzir as mortes e complicações durante a cirurgia, as seguintes ações:

“1) fornecendo informação sobre a função e os padrões da segurança cirúrgica na saúde pública para médicos, administradores de hospitais e funcionários da saúde pública; 2) definindo um conjunto mínimo de indicadores cirúrgicos, para a vigilância nacional e internacional da assistência cirúrgica; 3) identificando um conjunto simples de padrões de segurança cirúrgica que seja aplicável em todos os países e cenários e que esteja compilado em uma lista de verificação para uso nas salas de operações; 4) avaliando e difundindo a Lista de Verificação e as medidas de vigilância em locais piloto em todas as regiões da OMS inicialmente e depois em hospitais pelo mundo”. (OMS, 2009 p. 16).

A Tabela 7 revela a opinião dos participantes sobre o papel multiprofissional para a Segurança do Paciente. Ao afirmar que o aluno encontra-se na posição de gestor de um hospital e decide comprar todas as camas para a instituição com grades, cerca de 78% dos discentes concordaram. Desta forma, podemos analisar que o estudante revela a devida importância ao risco de queda de todos os pacientes admitidos nesta instituição de saúde.

Sobre o papel multiprofissional para a segurança do paciente, 48,0% dos discentes participante do presente estudo discordam que apenas a Enfermagem é responsável pela segurança do paciente, 2,0% concordam totalmente que a Segurança do Paciente é apenas de responsabilidade da equipe de Enfermagem. Diante desses números podemos perceber que os discentes observam o quão importante é ter na Instituição de Saúde uma equipe multiprofissional qualificada no processo de cultura segurança do paciente. (Tabela 7).

Tabela 7

Conhecimento Do Estudante De Graduação Em Enfermagem De Uma IES Privada Sobre O Papel Multiprofissional Para A Segurança Do Paciente, Maceió-AL

	Concorda totalmente	Concorda	Discorda	Discorda totalmente	NDR*
--	------------------------	----------	----------	------------------------	------

Você é gestor de um hospital e precisa comprar cama hospitalar e decide comprar todas as camas com grades.	67	41%	59	37%	23	14%	6	4%	7	4%
Apenas a Enfermagem é responsável pela segurança do paciente.	4	2%	3	2%	78	48%	72	45%	3	2%

*NDR = Não desejo responder

Fonte: Dados da pesquisa, 2019

“A gestão de risco é um processo no qual são criadas alternativas para reduzir ou eliminar os efeitos adversos que podem ocorrer durante a prática da assistência à saúde. Para tal, os profissionais que trabalham ao nível da gestão de risco têm a precaução de compreender o erro na sua totalidade incluindo a sua detecção, percepção e tratamento”. (Lima et al., 2014)

“Nesse sentido é necessária a inserção de estratégias que visem à mudança na cultura de descoberta das falhas, a fim de assessorar aos profissionais na prevenção de erros através de medidas que garantam a qualidade dos processos executados”. (Oliveira, R.B; & Melo, E.C.P, 2011).

Segundo Lima et al.(2014), “o gestor de risco é responsável por garantir a confiabilidade e, conseqüentemente, a qualidade das intervenções hospitalares. Para tanto, seu planejamento deve permitir que os programas de prevenção atuem em sintonia com os de detecção, registro e correção de deficiências”.

“O enfermeiro atua na gestão e efetivação do cuidado, na coordenação de recursos humanos e gerência de recursos materiais, no comando e planejamento da assistência e habilitação da equipe de enfermagem, além da avaliação do conjunto das ações”. (Santos, Ferreira, Soares, Meincke, & Könzgen, 2017)

De acordo com Vituri & Matsuda (2009), “a qualidade do cuidado de enfermagem precisa ser continuamente avaliada, tanto para aprimorar a assistência, como para entender e refletir sobre a segurança do cuidado ofertado”.

“Estudo publicado em 2017, realizado em 7 hospitais com 163 enfermeiros hospitalares, constatou que o paciente está menos seguro em 61,7% quando relacionados a procedimentos médicos e 50,7% nas prescrições e 48,1% quando se trata da enfermagem relacionado a realizações de prescrições. Sobre orientações médicas o paciente está menos

seguro 41,2% e 39,4% quando a orientação é da fisioterapia. Quando o assunto é relacionado aos cuidados o paciente com o menor percentual de risco é pela enfermagem ou seja 27,8% e o com maior percentual de risco é o médico com 38,8%”. (Araújo et al. 2017).

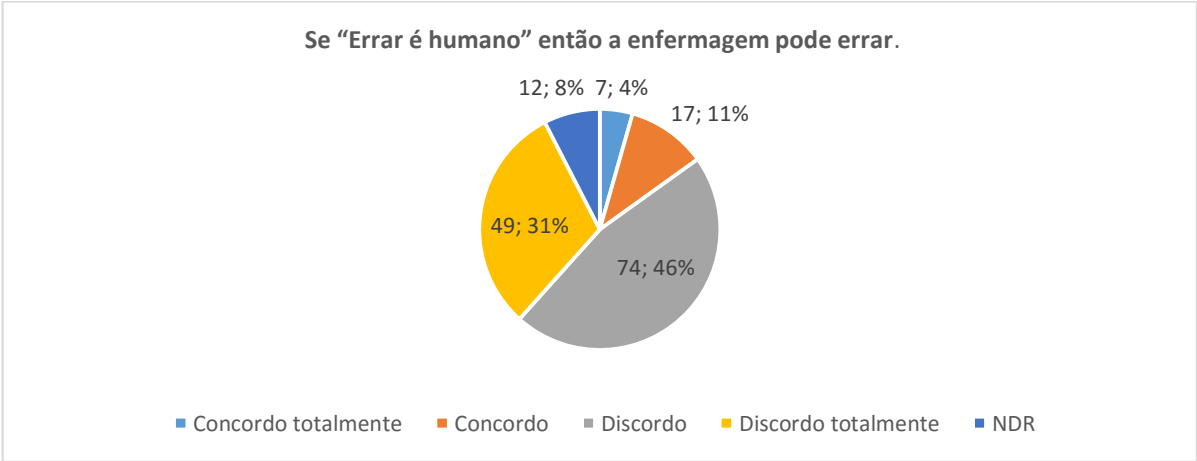
Fica claro, segundo o estudo supracitado, que a responsabilidade da equipe multiprofissional para com o paciente deve ser compartilhada, para o bem estar, recuperação e reabilitação do paciente, contribuindo com a cultura de segurança do paciente de maneira integral e contínua.

O gráfico a seguir revela a opinião dos discentes de Enfermagem em relação a possibilidade de erro diante do cuidado ao paciente. Ao realizar a seguinte afirmação: Se “Errar é humano” então a Enfermagem pode errar, 46,0 % dos participantes discordam e 31,0% discordam totalmente e apenas 11,0% afirmam concordar (Gráfico 1).

“Na sociedade existe a concepção de que o profissional da área de Saúde não erra, embora essa visão começa a mudar principalmente com o maior acesso das pessoas as informações através da ampliação dos meios de comunicação. Essa ideia é equivocada, pois erros são mais comuns do que as pessoas imaginam, e poucos se dão conta que errar é humano”. (Reason, J. 2000).

Nesse contexto, é importante explicitar que antes de sermos profissionais da área da saúde somos pessoas como qualquer outra e estamos longes em sermos super heróis, pois nós também nos cansamos, possuímos sobrecarga de trabalho, temos inúmeros problemas e também adoecemos.

Gráfico 1. Opinião dos discentes de Enfermagem de uma IES privada em relação a possibilidade de erro diante do cuidado ao paciente, Maceió – AL



NDR = Não desejo responder. Fonte: Dados da pesquisa, 2019

Shanafelt et al. 2010 “evidencia em seu estudo, que a alta frequência da síndrome do esgotamento profissional (*burn out*) em todos os profissionais e em particular entre enfermeiros e cirurgiões é considerada significativo fator de risco para o erro e dos eventos relacionado ao cuidado provido na atenção à saúde”.

Conforme James Reason (2000), “o entendimento de que os erros podem ser ativos ou eventuais justifica o modelo de “barreiras” para evitar que o erro chegue ao paciente. Os erros ativos são atos arriscados cometidos por quem está em contato direto com o sistema. Erros eventuais são atos ou ações evitáveis dentro do sistema, que surgem a partir da gestão”.

A tabela 8 relata a opinião dos discentes sobre a eficácia do tema segurança do paciente durante a graduação; percebe-se que quando questionados se o esse tema é abordado de maneira eficaz durante a graduação, (47,0 %) diz que concorda e um número significativo de 30,0% responde que discorda. (Tabela 8).

Ao relacionar os resultados da Tabela 8 com a análise do PPC, infere-se que não há definição clara nos conteúdos sobre segurança do paciente, o que foi corroborado neste estudo empírico. Assim, quando os discentes, no presente estudo, são ao questionados se as disciplinas específicas do curso abordam o tema segurança do paciente em seus conteúdos, (52,0%) deles concordam e (25,0%) discordam.

Tabela 8

Opinião Dos Discentes De Enfermagem De Uma IES Privada Sobre A Eficácia Do Tema Segurança Do Paciente Na Graduação, Maceió –AL

	Concorda totalmente		Concorda		Discorda		Discorda totalmente		NDR*	
O tema Segurança do paciente é abordado de maneira eficaz durante a graduação do curso de Enfermagem.	29	18%	75	47%	48	30%	7	4%	2	1%
As disciplinas específicas do curso abordam o tema segurança do paciente em seus conteúdos.	26	16%	85	52%	40	25%	4	3%	7	4%

*NDR = Não desejo responder

Fonte: Dados da pesquisa, 2019

A Tabela 9 apresenta a opinião dos discentes sobre a importância da aplicabilidade da Segurança do Paciente com relação ao evento adverso referente ao tempo de permanência hospitalar e incidência por morte. Os achados mostraram que, 72,0% concordam que o evento adverso prolonga o tempo de permanência em ambiente hospitalar. Se somarmos a

esse percentual aos que concordam totalmente (20,0%), o resultado chega a (92,0%). (Tabela 9).

Mas quanto ao evento adverso relacionado à alta incidência de óbito, quando associados a óbitos por HIV+, atropelamento ou câncer de mama, 38% discordam e 38 % os participantes concordam, e 11% relatam não desejar responder. Esse resultado denota que os discentes não possuem o conhecimento específico questionado (Tabela 9).

“Um estudo de caso-controle analisou três hospitais brasileiros que atendem exclusivamente a saúde privada de alta complexidade e com mais de uma certificação de qualidade (total de 57.215 altas hospitalares), entre os anos de 2012 e 2014, e encontrou incidência de 4% de eventos adversos. A mortalidade foi 3,3 vezes maior nos pacientes com eventos adversos”. (Daibert, P.B. 2015).

Em estudo realizado por Maia, Freitas, Gallo & Araújo (2018), “abordando a prevalência de óbitos decorrentes de eventos adversos relacionados a erros na assistência prestada aos pacientes a partir de dados extraídos do sistema de Notificação para a Vigilância Sanitária (Notivisa), no período de 2014 a 2016, apontou que de 63.933 eventos adversos notificados 417 progrediram para óbito. Esses dados chamam a atenção para a importância da implantação de estratégias para melhorar a capacitação e o preparo dos profissionais para que esses erros sejam evitados”.

Tabela 9

Opinião Dos Discentes De Enfermagem De Uma IES Privada Sobre A Importância Da Aplicabilidade Da Segurança Do Paciente Relacionado Ao Evento Adverso No Tempo De Permanência Hospitalar E Incidência Por Morte, Maceió –AL

	Concorda totalmente		Concorda		Discorda		Discorda totalmente		NDR*	
O Evento Adverso prolonga o tempo permanência do paciente em ambiente hospitalar ou resulta em uma incapacidade presente no momento da alta.	32	20%	116	72%	8	5%	1	1%	4	2%

Estudos mostram que a incidência de morte por evento adverso é maior que óbitos por HIV+, atropelamento ou câncer de mama.	7	4%	61	38%	61	38%	15	9%	17	11%
--	---	----	----	-----	----	-----	----	----	----	-----

*NDR = Não desejo responder

Fonte: Dados da pesquisa, 2019

Conforme Martins, Travassos, Mendes, & Pavão al. (2011), “os eventos adversos assistenciais são subnotificados no Brasil, considerando-se as estimativas nacionais de incidência de eventos. Desse modo, acredita-se que essa subnotificação acontece pelo fato dos profissionais da área da saúde desconhecer eventos adversos; não conhecer o sistema de notificação e ter receio em realizar a notificação e ser punido”.

“Uma investigação conduzida no Brasil, sobre estimativas de óbitos relacionadas ao número de internações tanto no SUS quanto no sistema privado de saúde, concluiu que, em 2015, ocorreram entre 104.187 e 434.112 possíveis óbitos associados a eventos adversos hospitalares. Caso fosse um grupo de causa de óbito, esse fator estaria entre as cinco principais causas de óbitos no país “. (Couto, R.C., Pedrosa T.M.G; & Rosa, M.B. 2018).

“Estudo realizado em 2015, em hospital público pediátrico na região Sul do país, demonstrou lacunas no conhecimento dos profissionais em relação à segurança do paciente, aos conceitos e exemplos de incidentes e/ou eventos adversos em saúde, prejudicando o processo de notificação”. (Franzon, J.C,2016).

Assim, a implantação de uma concepção de que a segurança do paciente é um tema que merece valorização, preocupação e uma abordagem efetiva, desde o início da graduação, enfatizando aos discentes a importância da notificação, a fim de que os erros na assistência prestados pelos profissionais da saúde sejam identificados e que por meio de ações sistematizadas esses erros sejam prevenidos e os danos reduzidos, repercutindo em uma melhor qualidade na atenção à saúde prestada aos pacientes.

Nesse contexto, “a enfermagem deve priorizar enquanto profissão, o bem-estar do indivíduo, família e comunidade; deve estar atenta a ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde voltadas para a segurança do paciente, respeitando princípios éticos e legais no cuidar do ser humano”. (Pizzoli, L.M.L, 2016). Pois, “o ensino na saúde sobre segurança do paciente é um processo que demanda ações pedagógicas para a formação de profissionais de saúde, abrangendo as bases epistemológicas, curriculares, metodológicas e contextuais”. (Pedrosa, J.I.S & Lustosa A.F.M.2012, p. 226).

Segundo Batista, (2014, p.35-56), “a organização de um sistema de relações nas dimensões do conhecimento, de habilidades, e de atitudes, deve ser estimulado, de tal forma que se favoreça, ao máximo, o processo ensino-aprendizagem”. (Batista, N.A, 2014, p.35-56).

Diante de toda essa problemática envolvendo a segurança do paciente, recomenda-se seguir os ensinamentos de nosso mestre em pedagogia e eterno conhecedor da educação para jovens e adultos, Paulo Freire, no qual afirma que “Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”. (Freire, 2011). Desse modo, ao transmitirmos ensinamentos teórico-práticos ao estudante sobre o objeto de pesquisa em questão também aprendemos com a sua vivência e experiência, tornando-se esse um processo contínuo e inacabado, capaz de provocar transformações.

6. CONCLUSÃO

De acordo com os objetivos e resultados desse estudo, conclui-se que não há priorização do conteúdo de segurança de paciente no currículo do curso de Enfermagem analisado pelo PPC. Em relação aos dados empíricos, houve predominância do gênero feminino, raça parda, faixa etária de 18 a 25 anos, renda familiar de 2 a 5 salários mínimos, estado civil solteira; sem formação anterior; satisfação do estudante a um nível muito bom sobre os professores e curso de enfermagem;

Além disso, ficou evidente o conhecimento parcial dos discentes sobre os conceitos bases relacionados à segurança do paciente; conhecimento adequado sobre a importância da notificação para o exercício de uma assistência aos pacientes cada vez mais segura; conhecimento muito bom sobre importância do protocolo de higienização das mãos para a redução e prevenção de infecção, conhecimento satisfatório sobre o envolvimento do próprio paciente e familiares diante do processo saúde-doença, cuidados e reabilitação para a redução do risco a sua saúde.

Os resultados desse estudo também ressaltam a importância da influência de uma comunicação efetiva entre a equipe multiprofissional para reduzir os riscos de eventos adversos e contribuir com a segurança do paciente; identificação segura, legibilidade da prescrição médica; compreensão insatisfatória sobre o conhecimento sobre a classificação do risco de queda; conhecimento razoável sobre os benefícios da mudança de decúbito, avaliação da pele, hidratação, dispositivos e fatores que venham a influenciar a incidência

de lesão por pressão; conhecimento muito satisfatório sobre a importância dos familiares e acompanhantes receberem orientações quanto aos riscos pertinentes ao paciente, favorecendo a redução de riscos à saúde.

Ademais, os discentes apresentaram conhecimento razoável sobre o risco aumentado do paciente no centro cirúrgico; conhecimento satisfatório referente ao papel da equipe multiprofissional e da gestão na implementação de uma cultura voltada para segurança do paciente; conhecimento razoável em relação ao tema segurança do paciente e a importância de sua abordagem durante a graduação para sua formação acadêmica; ótimo conhecimento de que quanto maior o tempo de permanência em ambiente hospitalar maior serão os índices de eventos adversos.

A gestão de pessoas no ensino na saúde e principalmente na enfermagem com foco na segurança do paciente, deve ser explanada de modo contínuo para que se perceba a necessidade do engajamento da equipe multiprofissional, onde cada um, tem seu papel fundamental na atenção à saúde.

Face ao exposto, e levando em consideração a “pedagogia Paulofreiriana”, recomendamos que os gestores do curso de enfermagem investigado neste estudo, juntamente com professores e discentes deste curso promovam discussões mais aprofundadas sobre a temática segurança do paciente, visando uma maior aprofundamento do tema, sua inclusão de forma sistematizada na proposta pedagógica do curso e, além disso, estimular o desenvolvimento de mais pesquisas abordando essa temática, pois os eventos adversos relacionados a segurança do paciente é ainda representa um grande desafio a ser vencido ou minimizado, pois é causa de importante impacto socioeconômico ao sistema de saúde do nosso país.

Espera-se que este estudo contribua para uma análise crítica por parte dos professores, gestores de instituições de ensino e pesquisa, sobre a segurança do paciente, sua importância e investimento em pesquisas nessa área do conhecimento com o intuito de cultivar a cultura de segurança do paciente, contribuindo desta forma para melhorar a qualidade da assistência prestada aos pacientes.

REFERÊNCIA

Anastasiou, L.D.G.C.(2006). Ensinar, aprender, apreender e processos de ensinagem. In. Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. / organizado por ANASTASIOU e ALVES. 6. ed.- Joinville, SC: Univille.

Anacleto T.A.(2010). Erro de medicação. *Farmácia Hospitalar, Pharmacia Brasileira*. Janeiro- Fevereiro; 1-24.

ANVISA, Ministério da Saúde, Brasil. (2011). Segurança do Paciente e Qualidade em Serviço de Saúde, *Boletim Informativo*, Brasília, DF.

ANVISA, Ministério da Saúde, Brasil. (2013). RESOLUÇÃO - RE Nº 2.586, DE 25 DE JULHO DE 2013. *Diário oficial da União sessão 01*, SSN 1677-7042 publicação: Nº 143, sexta-feira, 26 de julho, www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0seguranca_do_paciente/rdc36_2013.

ANVISA, Ministério da Saúde, Brasil.(2013). Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. *Boletins Informativo* Disponíveis em: <http://www.Anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>.

ANVISA, Ministério da Saúde, Brasil.(2019). Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde- Incidentes Relacionados à Assistência à saúde- Brasília (DF); 30p. Acesso 01 nov. Disponível em:<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicações/category/bol-etins-estatísticos>.

Araújo, M A N., Lunardi Filho, W D., Silveira, R S., Souza, J C., Barlem, E L D., & Teixeira, N S. (2017). Segurança do paciente na visão de enfermeiros: uma questão multiprofissional. *Enferm. Foco* 8 (1): p.52-56.

Barbetta, P. A. (2002). *Estatística Aplicada às Ciências Sociais*, Cap. 3. Ed. UFSC, 5ª Edição.

Batista, N.A; & Batista, S.H. (2002). “A formação do professor universitário em saúde: desafios e perspectivas”, em Ivan C. Fazenda & A.J.Severino, *Formação docente: rupturas e possibilidades* (Campinas: Papius).

Batista, N.A. (2014). Planejamento na prática docente em saúde. In: Batista NA, Batista SHSS, organizadores, p.35-56. *Docência em saúde: temas e experiências*. 2a ed. São Paulo: Senac.

Batista, N.A; & Batista, S.H. (2014). *Docência em Saúde: temas e experiências*. Interface (Botucatu) vol.11 no.21, Jan./Apr. Editora Senac: São Paulo. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000100018>.

Brás, M; Neto, A; & Anes, E. (2012). Medicamento: segurança do circuito... um passo para o êxito. *Farmácia de Hoje, Fármacos de Amanhã*, p126 à 129. IªS Jornada de Farmácia ESSa IPB, *Instituto Politécnico de Bragança Escola Superior de Saúde*.

Boyce, J. M. et al.(2002). Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Am J Infect Control, New York, v. 30, n. 8, p. S1-46, Dec.

Brasil, Anvisa, Ministério da Saúde. (2011). Segurança do Paciente e Qualidade em Serviço de Saúde, *Boletim Informativo*, Brasília, DF.

Brasil, Ministério da Saúde. (2013). Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 529, de 1 de Abril. *Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)*. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 10 jun 18.

Brasil, Ministério da Saúde. (2014). *Fundação Oswaldo Cruz*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Brasil/Ministério da Saúde. 40 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf Acesso em:10 Jun. 18.

Camerini, F.G; & Silva, L.D.da. (2011). Segurança do paciente: análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20(1), 41-49. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000100005>.

Ceccim, R. B; & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O quadrilátero da formação para a área de saúde: Ensino, gestão, atenção e controle social. *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(I): 41-65.

Centro Universitário Cesmac (2015). Projeto pedagógico curso de graduação em enfermagem bacharelado.

Centers For Disease Control And Prevention (CDC). (2002). Guideline for Hand Hygiene in Healthcare settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. MMWR Recomm Rep, Atlanta, v. 51, n. RR-16, p. 1-45.

Cochran, W. G. (1999). *Técnicas de amostragem*. Editora Fundo de Cultura. Rio de Janeiro.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). (2013). Pesquisa: Perfil da Enfermagem no Brasil, *FIOCRUZ/COFEN*. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/blocoBr/Blocos/Bloco1/bl_ident-socio-economica-enfermeiros.pdf Acesso em 17 de Fevereiro 2019.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). (2013). Pesquisa: Perfil da Enfermagem no Brasil 2013, *FIOCRUZ/COFEN*. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/bloco1/tabelas/nordeste/al/Enfermeiros.pdf>. Acesso em 17 de Fevereiro de 2019.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). (2015). *Resolução nº 311/07*. Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem. Disponível em <http://portalbioetica.com.br/legislacao/9.pdf>. Acesso em: 07 dez.

Couto, R.C., Pedrosa, T.M.G & Rosa, M.B.(2018). Erros acontecem: a força da transparência para o enfrentamento dos eventos adversos assistências em pacientes

hospitalizados. Belo Horizonte. *Instituto de estudos de saúde suplementar*, p 48. Disponível em: <https://www.iess.org.br/>

Cristina, I., Kelly, M. M.; Melo, L de; Willian, A; Yassuko, M; Ana, C; & Yukie, H., L. et al. (2011). Risk of falling out of bed. Nursing's challenge for the patient's safety. *Investigación y Educación en Enfermería*, 29(3), 459-466. Retrieved December 02, 2019, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072011000300015&lng=en&tlng=en.

Daibert, P.B. (2015). *Impacto econômico e assistencial das complicações relacionadas à internação hospitalar*. Dissertação de mestrado. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais.

De Souza, S. F.; Mainardes, N. M.; Xavier, M. P. Análise do perfil das prescrições médicas e da dispensação farmacêutica em uma farmácia escola do município de Gurupi-TO. *Amazônia: Science & Health* 2014; 2(1): 18-26.

Duarte, S. da.C; Machado, S; Conceição, M. A; Silva, M. M. da; & Oliveira, F. T. de. (2015). Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1), 144-154. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>

Franzon, JC. (2016). *Notificações de incidentes e/ou eventos adversos em pediatria: estratégia para segurança do paciente*. Dissertação de mestrado. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina.

Freire, P. (2011). *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*, São Paulo, Paz e Terra.

Freire, P. (2006). *Educação na cidade*. 7ª ed. São Paulo: Cortez.

Freire, P (1993). *Professora sim, tia não: cartas a quem ousa ensinar*. São Paulo: Editora Olho d'Água.

Gil, A. C.(2010). *Como elaborar projeto de pesquisa*, 5º edição, editora Atlas.

Goldenberg, M. (1997). *A arte de pesquisar*. Rio de Janeiro: Record.

Gomes, R., Moraes, M., Maniva, S., & Holanda, R. (2018). Prevenção de lesão por pressão: segurança do paciente na assistência à saúde pela equipe de enfermagem. *Revista Expressão Católica Saúde*, 3(1), 71-77. Doi: <http://dx.doi.org/10.25191/recs.v3i1.2164>

Gonçalves, E.P.(2001). *Iniciação à pesquisa científica*. Campinas, SP: Editora Alínea.

Guzinski, C. et al.(2019). Boas práticas para comunicação efetiva: a experiência do round interdisciplinar em cirurgia ortopédica. *Rev. Gaúcha Enfermagem*. Porto Alegre, v. 40, n. spe, e20180353. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200807&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Nov. 2019. Epub Apr 29, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180353>.

Hoonhout L. et al. (2009). Direct medical cost of adverse events in Dutch hospital. *BMC Health Serv. Res.* 2009 [Jan citado 2013 Aug 26]; 9:27. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2645386&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

Hurme, E; Pourciau, C.A. (2001). Preventing Medication erros in the home. *Geriatric Nursing*. Nov; 22(6):338-9

Hunderfun, A.N; Sweeney, C.M; Mandrekar, J.N; Johnson, L.M & Britton, J.W. (2011) Effect of a multidisciplinary fall risk assessment on falls among neurology inpatients. *Mayo Clin Proc.*;86(1):19-24.

Janotti, L., & Mendes Junior, W. (2018). Adequação de um instrumento para monitorar a higiene das mãos de um hospital no Rio de Janeiro, 8 (3), 195-203. doi: <https://doi.org/10.17058/reci.v8i3.10765>

Johnson HL, Kimsey D.(2012). Patient safety: break the silence. *AORN J*. 2012;95(5):591-601. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aorn.03.002>.

Kohn, L.T; Corrigan, J.M; Donaldson, M.S. (2000). *Commitee on Quality of Health Care in American, Institute of Medicine*. To err is human: Building a safer health system [Internet]. Whashington: National Academy Press; Available from: <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>

Kohn, L.T; Corrigan, J.M; Donaldson, M.S.(2016) eds. To err is human: building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999; Retirado do *Guia Curricular de Segurança do paciente da Organização Mundial de Saúde*, edição multiprofissional, Pontífica Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Kramer, A. et al. (2002). Limited efficacy of alcohol-based hand gels. *Lancet*, London, v. 359, n. 9316, p. 1489-1490.

Larson, E. L. (1988). A causal link between handwashing and risk of infection? Examination of the evidence. *Infect Control*, Chicago, v. 9, n. 1, p. 28-36, Jan.

Levinson, D. (2010). Adverse in hospital: nacional incidence medicare beneficiaries. Washington, DC: *US Departament of Health and Human Services*, Office of the Inspector General, p75.

Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB). (2005). Brasília – Brasil.

Libâneo, J. C. et al. (2008). Educação Escolar: políticas, estrutura e organização. 6a ed. - São Paulo: Cortez.

Lima, C.de. A., Farias, J. S., Machado, A.P. N., Gonçalves, R., P. F., Teixeira, M. G., Oliveira, R. S., & Souto, S. G. T. (2014). Gestão de risco hospitalar: um enfoque na qualidade e segurança do paciente. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde* Vol.05, edição especial. p.2862-76.

Lück, H. (2009). Dimensões da gestão escolar e suas competências. Curitiba: *Positivo*.

Luiza, V.L; Gonçalves, C.B.C. (2004, p86-95). A Prescrição medicamentosa. In:Fuchs FD, Wannmacher. L, Ferreira M.B.C. Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Maia, C. S. et al. (2018). Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online], v. 27, n. 2 [Acessado 13 Dezembro 2019], e2017320. Disponível em:

<<https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200004>>. Epub 11 Jun 2018. ISSN 2237-9622.

Martins, M., Travassos, C., Mendes, W., & Pavão A.L.(2011). Hospital deaths and adverse events in Brazil. *BMC Health Serv Res.* Sep; 11:223.

Menezes, L.C. (2001). O novo público e a nova natureza do ensino médio. *Estudos avançados*, São Paulo, v 15, n 42, p.208-228.

Gonçalves, L.V.L. (2004). A Prescrição medicamentosa. In: Fuchs FD, Wannmacher L,

Ferreira MBC. *Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional*. 3ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p. 86-95.

Minayo, M.C.S. (2012). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 32. ed. Petrópolis: Editora Vozes, v. 1. 110p.

Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2010). Estratégias para segurança do paciente em hospitais e clínicas [Internet]. Brasília (DF): *Ministério da Saúde*; [acesso em 17 de novembro 2019]. Disponível em: www.anvisa.gov.br.

Ministério da saúde, Brasil. (2013). *Protocolo para prevenção de úlcera por pressão*. Anvisa, Fiocruz.

Moreira, M. L. (2010). *Readmissões no sistema de serviços hospitalares no Brasil*. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Moura, S.N.C; Melo filha, L.M.V; Ribeiro, A.C. (2018). Análise de erros das prescrições médicas em uma unidade de pronto atendimento do município de Juiz de Fora-MG *RECMVR* Ahead of print; 2:27-35.

Myers, A.S. (2012). Patient safety and hospital accreditation: a model for ensuring success. New York: *Springer Publishing*.

National Patient Safety Agency (NPSA). (2018). Wristbands for hospital inpatients improves safety. Safer Practice Notice [Internet]. 2018. Available from: http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1440_safer_Patient_identification_SPN.pdf

Oliveira, R.B; & Melo, E.C.P. (2011). O sistema de medicação em um hospital especializado no município do Rio de Janeiro. *Escola Anna Nery* 15(3):480-89.

Organização Mundial da Saúde – OMS. (2009). Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: *Organização Pan-Americana da Saúde*, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Organização Nacional de Acreditação - ONA. (2013). O que é Acreditação? [Documento da internet, citado 2019 jan 01]. Disponível em <https://www.ona.org.br/pagina/27/O-que-e-Acreditação>

Organização Mundial de Saúde- OMS. (2016). Guia Curricular de Segurança do Paciente: Edição Multiprofissional.

Organização Nacional de Acreditação- ONA. (2018). Disponível em <https://www.ona.org.br/organicacoes> certificadas.

Ostermeyer, C. (2004). Efficacy of alcohol-based gels compared with simple hand wash and hygienic hand disinfection. *J Hosp Infect*, London, v. 56, suppl. 2, p. S13-S15, Apr.

Pedrosa, J.I.S; & Lustosa, A.F.M.(2012). Trilhas da interdisciplinaridade: a experiência da instituição do projeto Ensino em saúde na UFPI. In: Barros Júnior FO, Almeida MG, Barbosa VRA, Figueiredo EBG, organizadores. *Ensino na saúde: outras palavras*. Brasília: Verbis Editora. p.226.

Pereira, M.C.M.A.P. (2010). *Dinâmicas e percepções sobre trabalho de equipa: um estudo em ambiente cirúrgico*. Dissertação de mestrado. Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior.

Pereira, P.F. (2008). *Homens na enfermagem: atravessamentos de gênero na escolha, formação e exercício profissional*. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós Graduação em enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/13069>. Acesso em: 18 Agosto.

Perry, D.C; & Scott, S.J.(2007). Identifying Patient in hospital: are more adverse events waiting to happen? *Qual Saf Health Care*; 16(2): 160.

Pizzoli, L.M.L. (2016). Qualidade de vida no trabalho: um estudo de caso das enfermeiras do Hospital de Heliópolis. *Ciênc. Saúde Colet*; 11(4):1065-2. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400028>.

Projeto Pedagógico do Curso – PPC bacharelado em Enfermagem. (2015). Cesmac, Maceió- Alagoas.

Purim, Kátia Sheylla Malta; Gonçalves, Carolina Gomes; Binotto, Lucas; Groth, Anne Karoline; Aranha Júnior, Ayrton Alves; Chibata, Mauricio; Claus, Christiano Marlo Paggi; & Tsumanuma, Fernanda Keiko. (2019). Checklist de segurança no ensino de cirurgia ambulatorial. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 46(3), e20192197. Epub July 10, 2019. <https://dx.doi.org/10.1590/0100-6991e-20192197>

Reason, J. (2000). Human error: models and management. *Brit Med J*; (320):768-770.

Reis, C.T; Martins, M; & Laguardia, J.(2013). A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. In: *Ciênc. saúde coletiva* vol.18, no.7Rio de Janeiro July 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018>.

Roque, K. E; & Melo, E. C.P. (2011). Tempo de internação e a ocorrência de eventos adversos a medicamentos: uma questão da enfermagem. *Escola Anna Nery*, 15(3), 595-601. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000300022>

Rotter, M. L.(1996). Hand washing and hand disinfection. In: Mayhall, C. G. (Ed.) *Hospital epidemiology and infection control*. Baltimore: Williams & Wilkins, p. 1052-1068.

Sabatés, A.L; & Borba, R.I.H. (2010). Information received by parentes during childrens hospitalized. *Ver Latino –Am. Enfermagem*; 13(6): 968-933. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000600008>.

Santos, G. E. de O. *Cálculo amostral*: calculadora on-line. Disponível em: <<http://www.calculoamostral.vai.la>>. Acesso em: [12/09/2018].

Santos, B.P., Ferreira, G.B., Soares, M.C., Meincke, S.M.K., & Könzgen, S.M. (2017). Ensino de enfermagem no Brasil: do advento do sistema Nightingale ao cenário científico. *Hist. Enf. Rev. Eletr.* 5(2):310-22. Available from: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-26779>.

Silva, M.A & Freitas G.F. (2007). Significados atribuídos pelos enfermeiros às ações nas ocorrências éticas no bloco operatório. *Rev Min Enfermagem*; 11(4):425-31.25

Silva, T; Wegner; W; & Pedro; E. N.(2012). Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante. *Rev. Eletr. Enf.* (internet). 2012 abril/junho; 14 (2): 337-44. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n2/v14n2a14.htm>

Schwendimann, R., Bühler, H., De Geest; & Milisen, K.(2006). Quedas e consequentes lesões em pacientes hospitalizados: efeitos de um programa interdisciplinar de prevenção de quedas. *BMC Health Serv Res* 6, 69 (2006) doi: 10.1186 / 1472-6963-6-69

Silva, A. E. B. de C. (2010). Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]; 12(3):422. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.11885>. Acesso 18 nov.2019.

Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA. (2010). Tabela 2094 - População residente por cor ou raça e religião. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)*. Consultado em 13 Jan 2019.

Shanafelt et al. (2010). Burnout and Medical Errors Among American Surgeons. *Annals of Surgery*;251(6).

Souza et al. (2014). Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: contribution to improving quality and patient safety. *BMC Health Services Research* 14:311.doi:10.1186/1472-6963-14-311.

Souza, L. P; Bezerra, A. L. Q; Silva, A. E. B. de C; Carneiro, S; Paranaguá, T.T.de B; & Lemos, L. F. (2011). Eventos adversos: instrumento de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, jan/mar; 19(1):127-33

Rios, T. (2001). Para compreender o ensino: por um ensino de melhor qualidade. São Paulo-SP editora Cortez.

Tase, T. H., Lourenção, D. C. D. A., Bianchini, S. M., & Tronchin, D. M. R. (2013). Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. *Revista gaúcha de enfermagem*, 34(3), 196-200.

Travasso, S. C; Porto, S; Martins M; & Mendes, W. (2010). A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais do Brasil. *Ver Port Saúde Pública*; Vol Temático (10):74-80.

Wachter, R.M.(2012). Understanding patient safety. New York: *McGraw-Hill Companies*.

World Health Organization- WHO, EUA (2005). World alliance for patient safety: forward programme. Genebra.

Organização Mundial de Saúde – OMS (Site Brasil). (2018). Segurança do Paciente [Online]. Brasília. Disponível em: https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_content&view=article&id=428:seguranca-do-paciente&Itemid=463 Acesso em: 10 jun. 19.

Oliveira, L.M.de; Perez JR., J. H; & Silva, C. A. S.(2002). Controladoria Estratégica. São Paulo: *Atlas*.

Oliveira, R.M; Leitão, I.M.T.A; Silva, L.M.S; Figueiredo, S.V; Sampaio, R.L; & Gondim, M.M.(2014). Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Esc Anna Nery*; 2014;18(1):122-9. doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>.

World Health Organization – WHO. (2002). Fifty-fifth world health assembly - wha55.18 Agendas item 13.9 18 May. Quality of care: patient safety. Available in: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf?ua=1 Acess: 10 Jun. 18

World Health Organization. (2011). Joint Comission Resources. Joint Comission International. Patient Safety Solutions. Solution 2: patient identification [Internet]. 2007 [cited 2011 Jan 11]; 1:8-11.Available from: <http://www.jointcommissioninternational.org/WHO-Collaborating-Centre-for-Patient-Safety-Solutions/>

ANEXO A

(Aprovação do comitê de ética e pesquisa, em arquivo anexo)

ANEXO B

(Autorização para realização da pesquisa, em arquivo anexo)

ANEXO C

(Termo de consentimento de livre esclarecido- TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

(Em 2 vias, firmado por cada participante da pesquisa e pelo responsável)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”

1. O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar como participante da pesquisa intitulada “SEGURANÇA DO PACIENTE: UM ESTUDO SOBRE A FORMAÇÃO ACADÊMICA DOS DISCENTES DE ENFERMAGEM EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR PARTICULAR”, que será no Centro Universitário Cesmac. Recebi da Sr.^a Jackelyne Oliveira Costa Tenório, Enfermeira e Docente sob a orientação da Prof.^a Dr^a Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira, responsáveis por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

2. Este estudo se destina a analisar como a segurança do paciente é abordada e apreendida no curso de enfermagem de uma IES privada localizada em Maceió – AL, assim como: identificar os principais indicadores relacionados a segurança do paciente; investigar como a segurança do paciente é abordada nas disciplinas do curso de Enfermagem a partir da análise do PPC e verificar a percepção dos discentes sobre a segurança do paciente; considerando que a importância deste estudo é mostrar a população acadêmica a finalidade de construção de uma cultura de Segurança do Paciente durante a graduação do curso de Enfermagem; que os resultados que se desejam alcançar são se a estrutura do PPC aborda o tema segurança do paciente de maneira eficaz para o conhecimento apreendido pelos graduandos do curso de Enfermagem; tendo início planejado para começar em Outubro de 2018 data prevista para início da coleta de dados, após a aprovação pelo sistema CEP/CONEP e terminar em Junho 2019 data prevista para a publicação dos resultados.

3.O (a) Senhor (a) participará do estudo da seguinte maneira: responder a um questionário a partir de afirmações elaboradas pela pesquisadora com 25 questões e respostas objetivas com as indicações de concordo totalmente (CT), concordo (C), discordo (D) e discordo totalmente (DT), com apenas uma resposta deverá ser sinalizada, além da possibilidade de marcar a alternativa “Não desejo responder” no instrumento de coleta de dados.

Sabendo que os possíveis riscos à sua saúde física e mental são possibilidade de constrangimento, desconforto e/ou estresse, quebra de sigilo e/ou cansaço ao responder às perguntas, e serão minimizados da seguinte forma proporcionarão condições adequadas para a coleta de dados, através de infraestrutura e apoio profissional, conforme descrito a seguir: a) Assegurar o direito de não participar da pesquisa, bem como interrompê-la quando achar conveniente; b) Fornecer informações e/ou esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo; c) Manter o sigilo em todas as etapas da pesquisa; d) Proporcionar infraestrutura adequada, através de uma sala reservada e arejada, afim de obter o melhor conforto para os sujeitos participantes durante a pesquisa; e) Adotar as seguintes medidas para minimizar os riscos: perguntas objetivas, simples e claras; f) Contar com o apoio de assistência psicológica do Centro Universitário Cesmac para sujeitos da pesquisa, caso seja necessário de forma gratuita.

4. Os benefícios previstos com a sua participação visam reflexão da prática pedagógica do curso de enfermagem relacionado ao ensino teórico prático sobre segurança do paciente, através de esclarecimento à comunidade acadêmica sobre as fragilidades e potencialidades, com a finalidade de otimização do processo ensino aprendizagem e do perfil egresso do curso de enfermagem. Para obtenção destes, as pesquisadoras darão visibilidade aos resultados obtidos com a pesquisa, através de participação em eventos científicos e periódicos especializados, reuniões com o Núcleo Docente Estruturante, Colegiado, estudantes, professores do curso de enfermagem

5. O (a) Senhor (a) contará com a assistência para apoio da pesquisadora sendo responsável por ela em casos de atendimento às complicações e danos decorrentes direta ou indiretamente do estudo, bem como o atendimento de cunho emergencial de forma gratuita pelo tempo que for necessário com o apoio também no serviço de psicologia localizada nesta instituição no local da pesquisa.

6. Durante todo o estudo, a qualquer momento que se faça necessário, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

7. A qualquer momento, o (a) Senhor (a) poderá recusar a continuar participando do estudo e, retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo. A divulgação dos resultados será realizada somente entre profissionais e no meio científico pertinente.

8.O (a) Senhor (a) deverá ser ressarcido (a) por qualquer despesa que venha a ter com a sua participação nesse estudo e, também, indenizado por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para estas despesas é garantida a existência de recursos.

9.O Comitê de Ética em Pesquisa é um colegiado (grupo de pessoas que se reúnem para discutir assuntos em benefício de toda uma população), interdisciplinar (que estabelece relações entre duas ou mais disciplinas ou áreas de conhecimento) e independente (mantém-se livre de qualquer influência), com dever público (relativo ao coletivo, a um país, estado ou cidade), criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade, dignidade e bem-estar. É responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. São consideradas pesquisas com seres humanos, aquelas que envolvam diretamente contato com indivíduo (realização de diagnóstico, entrevistas e acompanhamento clínico) ou aquelas que não envolvam contato, mas que manipule informações dos seres humanos (prontuários, fichas clínicas ou informações de diagnósticos catalogadas em livros ou outros meios).

10. O (a) Senhor (a) tendo compreendido o que lhe foi informado sobre a sua participação voluntária no estudo “SEGURANÇA DO PACIENTE: UM ESTUDO SOBRE A FORMAÇÃO ACADÊMICA DOS DISCENTES DE ENFERMAGEM EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR PARTICULAR”, consciente dos seus direitos, das suas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que terá com a sua participação, concordará em participar da pesquisa mediante a sua assinatura deste Termo de Consentimento.

Ciente, _____ DOU O MEU
CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU
OBRIGADO.

Endereço do(a) participante voluntário(a):

Residência: (rua).....Bloco:

Nº:, complemento:Bairro:

Cidade:CEP:.....Telefone:

Ponto de referência:

Contato de urgência (participante): Sr(a): Jackelyne Oliveira Costa Tenório

Domicílio: Rua Prof. Silvio de Macedo. Edif.: Di Cavalcante Nº:152. Complemento: Apt. 201, Bairro: Jatiúca Cidade: Maceió CEP. 57036740; Telefone: (82) 98166-3827, Ponto de referência: Rua do Colégio Contato.

Instituição:

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pertencente ao Centro Universitário Cesmac: Rua Cônego Machado, 918. Farol, CEP.: 57021-060. Telefone: 3215-5062. Correio eletrônico: coepe.cesmac@cesmac.edu.br Horário de funcionamento: diariamente no horário de 8:00 às 12:00h e 13:00 às 18:00 horas, exceto as quartas-feiras com horário das 8:00 às 12:00h e das 17:00 às 18:00h.

Maceió, _____ de _____ de _____

**Assinatura ou impressão datiloscópica
do(a) voluntário(a) ou responsável legal**
(rubricar as demais folhas)

Jackelyne Oliveira Costa Tenório
Pesquisadora Principal
(rubricar as demais folhas)

ANEXO D
(Instrumento para coleta de dados)

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Tema da Dissertação: SEGURANÇA DO PACIENTE: UM ESTUDO SOBRE A FORMAÇÃO ACADÊMICA DOS DISCENTES DE ENFERMAGEM EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR PARTICULAR

Pesquisadora: Jackelyne Oliveira Costa Tenório

Este questionário, no qual se busca, exclusivamente, a sua percepção e o conhecimento acerca da formação acadêmica quanto a segurança do paciente no ensino superior privado, no Curso de Enfermagem, do Centro Universitário Cesmac, servirá de subsídio importante e fundamental para a pesquisa que realizo sobre o tema acima descrito.

A sua preciosa informação, fruto da vivência, experiências, embates ideológicos e reflexões sobre a forma nesta instituição de ensino superior desde o seu surgimento na área de saúde, é imprescindível para que se possa traçar um perfil da na formação acadêmica no foco da segurança do paciente. Dispensa-se a identificação a fim de conservar a plena liberdade de opinião, que é a base estruturante de toda esta pesquisa, e agradece-se a dedicação dispensada aos seus propósitos.

Prezados, estou desenvolvendo Dissertação de Mestrado sobre Segurança do paciente na formação acadêmica no curso de Enfermagem. Assim, solicito seu auxílio em responder este questionário, com dados pessoais referentes às características sócio demográficas; e específica sobre o objeto de estudo e o instrumento estruturado em Escala do tipo LIKERT, que é uma escala psicométrica das mais conhecidas e utilizadas no presente estudo, dividido em duas dimensões, cujo propósito é registrar o nível de concordância ou discordância com uma assertiva dada.

Orientações:

É fundamental que você RESPONDA O INSTRUMENTO e SOMENTE UMA OPÇÃO deve ser assinalada para cada assertiva. No entanto, caso não se sinta confortável será lhe facultado o direito de não responder a qualquer pergunta que não queira.

Mediante os resultados obtidos, será possível a análise estatísticas das suas respostas e, por isso, contamos com sua valiosa contribuição.

Leia cuidadosamente as afirmações que estiverem dentro dos quadros e indique seu grau de concordância com cada uma delas, de acordo com a escala abaixo:

CT: Concordo Totalmente

C: Concordo

D: Discordo

DT: Discordo Totalmente

NDR: Não Desejo Responder

Agradeço a sua colaboração.

Jackelyne Oliveira Costa Tenório

Parte 1- Características sócio demográficas:

Gênero: masculino () feminino ()

Idade: ____ anos () Não desejo responder

Cor: negra () parda () branca () amarelo () indígena ()

Não desejo responder ()

Renda Familiar: 2 à 5 salários mínimo () mais de 5 salários mínimo ()

Não desejo responder ()

Estado civil: Casado(a) () Solteiro(a) () Divorciado(a) () Não desejo responder ()

Nível de satisfação do curso de Enfermagem: Excelente () Muito Bom () Satisfatório ()

Regular () Ruim () Não desejo responder ()

Nível de satisfação ao corpo docente: Excelente () Muito Bom () Satisfatório ()

Regular () Ruim () Não desejo responder ()

Parte 2- Experiência profissional

Curso em andamento: _____ Não desejo responder ()

Período: _____ Não desejo responder ()

Possui outra formação superior ou técnico: Sim () Não () Não desejo responder ()

Se positivo em quê: _____

Atua na sua área de formação? Sim () Não () Não desejo responder ()

Se sim qual sua função? _____ Não desejo responder ()

Qual sua atuação: apenas estudante () estudo e trabalho () Não desejo responder ()

Se trabalha, qual sua ocupação? _____

Não desejo responder ()

Faz estágio extracurricular? Sim () Não () Não desejo responder ()

Se sim, qual o local e a quanto tempo? : _____ Não desejo responder ()

Questionário

EIXO 1:

Perguntas	Respostas
1. O termo Evento Adverso (EA) define como dano causado pelo cuidado à saúde e não a doença de base.	(CT) (C) (D) (DT) (NDR)
2. O Evento Adverso prolonga o tempo permanência do paciente em ambiente hospitalar ou resulta em uma incapacidade presente no momento da alta.	(CT) (C) (D) (DT) (NDR)
3. Ao ocorrer Evento Adverso esse deve ser imediatamente notificado, ou seja, registrado para um banco de dados que seja avaliado pelo seu superior hierarquicamente, ou uma equipe preparada para tal.	(CT) (C) (D) (DT) (NDR)
4. Risco é a probabilidade de um incidente ocorrer.	(CT) (C) (D) (DT) (NDR)
5. Estudos mostram que a incidência de morte por evento adverso é maior que óbitos por HIV+, atropelamento ou câncer de mama.	(CT) (C) (D) (DT) (NDR)
6. Dano é o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.	(CT) (C) (D) (DT) (NDR)
7. Segurança do Paciente é reduzir ao mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.	(CT) (C) (D) (DT) (NDR)
8. A acreditação é uma avaliação externa da qualidade dos estabelecimentos/serviços de saúde, que consiste em caráter voluntário, ou seja: e a instituição interessada que solicita a avaliação.	(CT) (C) (D) (DT) (NDR)
9. A criação de um protocolo para a higienização das mãos (com atualizações frequentes) com diversos programas de ensino em segurança do paciente pode ajudar os gestores, os profissionais da saúde, os pacientes e acompanhantes na redução de infecção.	(CT) (C) (D) (DT) (NDR)
10. O paciente deve ser identificado pelo nome, data de nascimento e o nome da genitora.	(CT) (C) (D) (DT) (NDR)
11. A boa comunicação entre os membros da equipe profissional e multiprofissional fortalece a segurança do paciente.	(CT) (C) (D) (DT) (NDR)
12. Você está diante de uma prescrição médica e não compreende a letra do médico devido a ilegibilidade, então resolve perguntar a colega do plantão que tem muitos anos de instituição e experiência.	(CT) (C) (D) (DT) (NDR)
13. Você assiste na TV um caso de erro de administração de medicação executado pela Enfermeira, no qual ela é acusada como única culpada da ação.	(CT) (C) (D) (DT) (NDR)

14. O centro cirúrgico é o local mais passível a erros relacionados a segurança do paciente.	(CT) (C) (D) (DT) (NDR)
15. O paciente ao entrar no centro cirúrgico deve ser realizado um check list onde seja identificado o nome, cirurgia e local de intervenção, assim como exames relacionados.	(CT) (C) (D) (DT) (NDR)
16. Você é gestor de um hospital e precisa comprar cama hospitalar e decide comprar todas as camas com grades.	(CT) (C) (D) (DT) (NDR)
17. Todo paciente possui risco de queda.	(CT) (C) (D) (DT) (NDR)
18. A vigilância durante a mudança de decúbito conforme prescrição da Enfermeira (o), assim como avaliação de pele, hidratação, nutrição, uso de próteses, órteses e sondas e condições clínica podem reduzir a incidência de lesão por pressão.	(CT) (C) (D) (DT) (NDR)
19. Apenas a Enfermagem é responsável pela segurança do paciente.	(CT) (C) (D) (DT) (NDR)
20. Se “Errar é humano” então a enfermagem pode errar.	(CT) (C) (D) (DT) (NDR)

EIXO 2:

Perguntas	Respostas
21. O envolvimento do paciente e seus familiares no processo saúde-doença, cuidados e reabilitação fornece a redução de riscos à saúde do mesmo.	(CT) (C) (D) (DT) (NDR)
22. A família/ acompanhante devem receber orientação quanto aos riscos pertinentes ao paciente.	(CT) (C) (D) (DT) (NDR)

EIXO 3:

Perguntas	Respostas
23. O tema Segurança do paciente é abordado de maneira eficaz durante a graduação do curso de Enfermagem.	(CT) (C) (D) (DT) (NDR)
24. As disciplinas específicas do curso abordam o tema segurança do paciente em seus conteúdos.	(CT) (C) (D) (DT) (NDR)

EIXO 4:

Pergunta
25. Você já teve/ tem acesso a dados relacionados a danos, riscos e erros de uma instituição de saúde? Se sim, relate.

ANEXO E

(Ficha catalográfica do documento institucional utilizado)

DADOS DO CURSO	
Nome do Curso:	ENFERMAGEM
Modalidade de Ensino:	BACHARELADO
Endereço:	Rua Cônego Machado, 918 Bairro: Farol – Maceió/AL CEP: 57021-160 Tel: (82) 3215-5247
e-mail:	enfermagem@cesmac.edu.br home page: www.cesmac.com.br
Situação legal:	Portaria de Autorização: 07/98 de 28/08/98 – CONSED – FEJAL/CESMAC
Reconhecimento –	Portaria nº 09/98 de 17/11/98 - CONSED
Renovação e Reconhecimento:	Portaria nº 408/2009 de 04/08/2009 do MEC - DOE:
Forma de Ingresso:	Vestibular, Transferência externa/interna e portador de diploma.
Regime:	Seriado (semestral)
Período mínimo de integralização:	10 semestres (cinco anos)
Vagas semestrais:	60
Turno de funcionamento:	Matutino
Carga Horária Total:	4000
Coordenação do Curso:	Prof. Esp. Rita de Cássia Batista de Oliveira Peixoto (COREN: 16072)